Comisión de Hacienda integrada con la de Salud Pública y Asistencia Social
Carpeta Nº 2135 de 2007

Versión Taquigráfica N° 1320 de 2007

SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Creación

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 30 de octubre de 2007

(Sin corregir)

PRESIDE:	Señor Representante Eduardo Brenta.
MIEMBROS:	Señores Representantes José Amorín, Alfredo Asti, Silvana Charlone, Jorge Gandini, Carlos González Álvarez, Gonzalo Mujica, Pablo Pérez González, Iván Posada y Héctor Tajam.
INTEGRANTES:	Señores Representantes Miguel Asqueta Sóñora, Luis José Gallo Imperiale y Tomás Sánchez.
ASISTEN:	Señores Representantes Jaime Mario Trobo, Javier García y Carlos Maseda.
INVITADOS:	Por el Ministerio de Economía y Finanzas, economista Mario Bergara, Subsecretario; economistas Andrés Masoller y Magdalena Terra.
	Doctor Carlos Delpiazzo.
	Por la Federación Rural del Uruguay, señor Rodrigo Herrero, Presidente, y contador Julio Arocena.
	Por la Asociación Rural del Uruguay, señor Daniel Delgado Sicco.

SEÑOR PRESIDENTE (Brenta).- Habiendo número, está abierta la reunión.

Damos la bienvenida a la delegación del Ministerio de Economía y Finanzas, integrada por el señor Ministro Interino de Economía y Finanzas, economista Mario Bergara, la economista Magdalena Terra y el economista Andrés Masoller.

Esta Comisión está analizando el proyecto de ley del Sistema Nacional Integrado de Salud, que tiene media sanción del Senado. Al inicio del análisis, ya se hizo una presentación del Ministerio de Salud Pública respecto al contenido del proyecto. Nos pareció conveniente, a partir de la iniciativa del señor Diputado

Posada y de otros señores Diputados, analizar conjuntamente con el Ministerio de Economía y Finanzas algunos aspectos vinculados con este proyecto.

SEÑOR MINISTRO INTERINO DE ECONOMÍA Y FINANZAS.- Efectivamente, el proceso que ha llevado a la conformación del proyecto de ley y a su discusión en el Senado ha sido un trabajo coordinado a nivel del Poder Ejecutivo, particularmente con el Ministerio de Salud Pública, y está es coordinado, previendo su implementación, con otros organismos del Estado, como el Banco de Previsión Social. De alguna manera, se fue delineando la propuesta de un nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud, asociado a las posibilidades que tiene el país, en función de los objetivos de carácter sanitario e institucional que se planteó el Gobierno. Por lo tanto, el estado de situación del proyecto refleja un trabajo coordinado y un acuerdo específico a nivel del Poder Ejecutivo y, en particular, del Ministerio de Economía y Finanzas y del Ministerio de Salud Pública.

Desde la perspectiva del Ministerio de Economía y Finanzas respaldamos, sin duda, este trabajo. De alguna manera, nuestra función es garantizar o chequear la viabilidad del proceso en términos de programa fiscal y financiero, pero tenemos plena tranquilidad con respecto a que el diseño del nuevo sistema, la incorporación de los distintos colectivos y los tiempos que el proyecto da para los distintos procesos están acordes con las posibilidades fiscales, habida cuenta de que el proyecto prevé esencialmente un proceso sistemático de subsidio a los ciudadanos, de manera tal de garantizar a todos una mejor cobertura en materia sanitaria.

Desde el punto de vista general, en el marco de lo que fue ese trabajo conjunto y coordinado de tanto tiempo, sobre todo con el Ministerio de Salud Pública, respaldamos el proyecto de ley o el estado de situación actual del proyecto de ley en todos sus términos.

Por lo tanto, quedamos a las órdenes de los señores Diputados para que realicen las consultas o planteamientos asociados a temas que, de alguna manera, sean específicos del Ministerio de Economía y Finanzas. Reafirmamos otra vez que desde el punto de vista de los objetivos y en cuanto al diseño del Sistema, nos sentimos totalmente representados por la presentación que hizo el Ministerio de Salud Pública en esta Comisión días atrás.

SEÑOR POSADA.- En primer lugar, señor Presidente, me parece que hay una pregunta que, de alguna manera, quedó planteada durante la presencia de la señora Ministra de Salud Pública y cuya respuesta, precisamente, la puede dar el Ministerio de Economía y Finanzas.

El Estado, de acuerdo con la ley que creó el FONASA, decidió establecer un criterio que, en lo personal, acompañamos. A partir de la institucionalización del FONASA se establece una remuneración o una contratación con las entidades de salud y, el criterio, a los efectos de determinar el valor cuota, es el sexo y la edad. Obviamente, esto supone distintos valores en función de esos dos parámetros. De hecho, lo que se está incorporando es una primera aproximación que tiene en cuenta el riesgo, que servirá como guía para la fijación de ese valor cuota. Ahora bien, eso rige para las contrataciones que hace el Estado. Los ciudadanos, en definitiva, deben contratar a una mutualista. Entonces, la pregunta es: ¿cuál es el criterio por el cual el Estado, que fija la cuota, se va a guiar a los efectos de determinarla? Porque advierto que si no fuera el mismo criterio, se estarían estableciendo valoraciones distintas para un mismo servicio, ya que el servicio no va a cambiar. Entonces, lo lógico sería que así lo contratara un particular o el Estado, el valor de ese servicio siguiera siendo el mismo. A partir de esta reflexión queremos saber cuáles van a ser los criterios de ahora en más por los cuales el Ministerio de Economía y Finanzas y el Ministerio de Salud Pública van a fijar el valor de la cuota mutual.

SEÑOR MINISTRO INTERINO DE ECONOMÍA Y FINANZAS.- Realmente, me congratulo de que este sea un punto de análisis, porque creo que el pasaje a la lógica de cápitas -o cuota salud, como se denomina en el proyecto- es uno de los grandes méritos que tiene el proyecto en consideración.

Tenemos varias reflexiones para hacer. En primer lugar, tal como está pensado el Sistema Nacional Integrado de Salud, a la larga, todos los colectivos y todos los ciudadanos entrarían en la misma lógica de ese Sistema, que tiene una filosofía asociada a que hay un pago individual en función de los ingresos y de las situaciones familiares, y hay una contraprestación de salud para el conjunto de la familia que no tiene necesariamente

que ver con lo que las entidades que prestan los servicios de salud van a recibir. Esa es parte de la filosofía del nuevo sistema al cual, a la larga, se van a integrar todos los ciudadanos.

Como este es un proceso que involucra sistemáticos subsidios, no es algo que podamos hacer en un solo acto. Obviamente, vamos a estar incorporando los colectivos principales y, sobre todo, los que más necesidades o déficit sanitarios tienen en la actualidad, pero algunos colectivos se irán incorporando en el futuro o de manera gradual. De manera que van a estar conviviendo, transitoriamente, el esquema del sistema nacional de salud ?que, reitero, se caracteriza por una filosofía bien distinta del hecho de que cada persona pague directamente en función de su riesgo; es una filosofía que pasa porque cada persona aporte de acuerdo con sus ingresos al Fondo Nacional de Salud y reciba las contraprestaciones? con una lógica de pago de cuota del bolsillo a mutualistas o entidades, mientras algunos colectivos no estén integrados al sistema.

Por lo tanto, es verdad que van a estar conviviendo dos sistemas. Es un tema transicional y, a la larga, todos se van a integrar a la misma lógica.

En cuanto a la perspectiva de los individuos, la comparación no es entre si se paga la cuota salud o la cuota mutual, la cuota del bolsillo, porque, reitero, en el nuevo sistema la gente no paga su cápita sino, en casi todos los casos, menos que su cápita. Por algo hay un subsidio público en todo el sistema. La gente paga cierto porcentaje de sus ingresos, que varía en función de ciertas características, como la cantidad de hijos a cargo, etcétera. Eso es independiente de las cápitas que reciban las distintas entidades prestadoras de servicios como contraprestación de los servicios que la familia recibe.

El otro aspecto tiene que ver, dado que conviven los dos sistemas, con cuáles van a ser los criterios con que se va a manejar la definición de lo que hoy son las cuotas mutuales; creo que a eso apunta la pregunta. En principio, mientras convivan estos dos sistemas, no tenemos por qué pensar en ningún aspecto que haga variar sustancialmente el manejo de evolución de las cuotas mutuales, tal como se ha hecho hasta el momento, tomando en cuenta la evolución de los costos de las mutualistas y lo que puede ser un impacto positivo en materia de eficiencia del nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud por el aprovechamiento de economías de escala, si es que hay un corrimiento masivo de usuarios de salud pública o de ASSE hacia las mutualistas.

Es decir que la lógica con la que vamos a seguir manejando lo que sería la cuota del bolsillo va a estar relacionada con los mismos factores con los que ha estado relacionada hasta el momento: la evolución de costos y las posibilidades de ganancias de eficiencia que tengan las entidades prestadoras de servicios.

SEÑOR POSADA.- Dicho de otra manera, van a convivir una lógica con una ilógica, porque cuando se llega a la definición de la remuneración en función del riesgo es porque hay un fundamento previo que el Estado entiende se arroga para sí y, en definitiva, debe ser la justa manera de determinar el precio por el servicio que recibe. Pero resulta que esa lógica no se aplica a quienes quedan fuera del sistema. Para empezar, digamos que la propia ley prevé que un montón de personas quedarán fuera del sistema. A modo de ejemplo, el o la cónyuge recién se incorporarán ?si esto no sufre postergaciones porque el proyecto de ley a estudio admite la posibilidad de que esas inclusiones se posterguen en el tiempo? más adelante y quedarán pagando por un valor cuota, es decir, pagando un sobreprecio por el servicio que recibe. Desde el punto de vista constitucional me quedan dudas pues, en función de una determinada realidad, hay criterios absolutamente distintos a la hora de aplicar a los ciudadanos lo que sin duda es una carga tributaria.

Advierto esto porque, si bien este es, sin duda, un tema absolutamente opinable...

SEÑORA CHARLONE.- Al menos, para el Fiscal Ubiría.

SEÑOR POSADA.- Él no precisa que le adviertan; creo que ha demostrado que tiene independencia de criterio.

En todo caso, advertimos esto porque, como pasó con la reforma tributaria, algunos aspectos de carácter constitucional pueden traer al Gobierno nuevos dolores de cabeza. Hay que pensar estas cosas antes de sancionar una ley que en sus fundamentos procura establecer un Sistema Nacional Integrado de Salud cosa

que, a mi juicio, no logra; en todo caso, consolida un statu quo. La ley que estableció el pago por cápitas es anterior a este proyecto; es una ley vigente; es la que creó el FONASA; por lo tanto, tampoco se está modificando nada en ese sentido.

Queríamos hacer esta reflexión de carácter general, teniendo en cuenta la fundamentación que ha hecho el señor Subsecretario de Economía y Finanzas.

SEÑOR ASTI.- La reforma de la salud tiene distintas etapas. Empezó en el Presupuesto Nacional cuando definimos las bases de lo que sería el Fondo Nacional de Salud y ahora el Sistema Nacional Integrado de Salud. Por lo tanto, tiene una lógica que se va correspondiendo gradualmente con el tiempo.

Respecto a la subsistencia de las dos formas de aportación al sistema mutual, uno está claramente definido; hay un criterio tributario de integrar al Sistema Nacional Integrado de Salud, a través de una contribución especial de seguridad social, a los trabajadores afiliados a la seguridad social, a sus hijos y, posteriormente, a su cónyuge. Y hay otros colectivos que irán ingresando gradualmente, con la lógica actual del sistema, que subsiste, que es la solidaridad etaria o intergeneracional con quienes son menores y son adultos mayores. Ya tiene esa lógica, que subsistió hasta el presente, y que es necesario corresponder para aquellos que no integren todavía el seguro nacional de salud. Si no, llegaríamos a cuotas de $ 2.000 para las personas mayores de 65 años y de $ 500 para los trabajadores independientes y los jóvenes masculinos. Estas cuotas estarían debajo de los promedios y, entonces sí, crearíamos una injusticia porque quien seguramente necesita más atención de salud tendría que pagar más por razones etarias o de riesgo de su salud.

SEÑOR POSADA.- Quiero dejar una constancia.

Ya que se hablaba de distintas etapas en la implementación de este Sistema Nacional Integrado de Salud, quiero recordar lo que planteábamos cuando estuvo presente la señora Ministra de Salud Pública, a raíz de una presentación que ella misma nos había hecho en setiembre de 2005. La primera etapa del sistema, que quedó por el camino, que no aparece hoy en este proyecto, refería precisamente a todo el sistema público. Refería a integrar los servicios de los distintos hospitales públicos y también a corregir una situación de privilegio existente en algunas entidades del Estado, fundamentalmente en el caso de ANCAP y del Banco Hipotecario y también del Banco República, en cuanto hay una remuneración distinta a sus funcionarios. Toda esa situación que estaba planteada quedó por el camino. Era la primera etapa de este Sistema Nacional Integrado de Salud que ha sufrido muchos cambios a lo largo de su enunciación.

También había una tercera etapa que quedó por el camino. Hacía referencia -y está planteada en esa misma presentación de la señora Ministra, de setiembre de 2005- a una financiación en coordinación con el Impuesto a la Renta de las Personas Físicas.

Simplemente quería refrescarle la memoria al señor Diputado Asti.

SEÑOR MINISTRO INTERINO DE ECONOMÍA Y FINANZAS.- Con referencia al planteamiento del señor Diputado Posada, creo que hay varias aclaraciones para hacer.

En primer lugar, es cierto que la lógica de cápitas no está planteada en esta ley, pero tampoco puede interpretarse que no es parte de un mismo proceso. Lo que en la jerga pública dimos en llamar la "ley chica" y la "ley grande", siempre lo planteamos y lo interpretamos como dos partes de un proceso único, que apuntaba al diseño y la implementación de un Sistema Nacional Integrado de Salud. Creo que es tomar un detalle de manera bastante caprichosa si se dice que eso no es parte de la propuesta del nuevo sistema. Efectivamente es parte del nuevo sistema; se dio en una etapa un poco preliminar porque en ese momento se pudo dar un pequeño paso que está siendo consolidado y avanzado a través de este nuevo proyecto de ley.

En segundo término, sobre si es de justicia o no con respecto a los regímenes de aportación, desde nuestra perspectiva estamos avanzando en el camino de la justicia cuando hacemos aportar a la gente en función de sus posibilidades. En ese sentido, ojalá hubiéramos podido hacer que todos los ciudadanos se integraran al nuevo sistema en un solo acto. Lamentablemente, el deterioro previo y el desorden en materia institucional

que tiene el sistema, hace que eso haya tenido un costo prohibitivo; por lo tanto, necesariamente, tiene que haber una transición en la que convivan dos lógicas distintas.

Estoy dando una explicación al señor Diputado Posada, para que después no insista sobre el mismo error.

SEÑOR POSADA.- Yo no insisto sobre el error. Está demostrado que el error lo comete usted o su Ministerio. Trate de corregir sus errores.

SEÑOR MINISTRO INTERINO DE ECONOMÍA Y FINANZAS.- El asunto aquí pasa por distinguir cosas que pensé que habían quedado claras en la intervención anterior y que en su nueva intervención vuelven a confundirse.

SEÑOR POSADA.- Quiero contestar una alusión.

SEÑOR MINISTRO INTERINO DE ECONOMÍA Y FINANZAS.- Yo no estoy hablando de usted sino de sus opiniones.

Se vuelve a confundir lo que paga el individuo con lo que se paga a las entidades. La lógica de cápitas pretende remunerar a las entidades en función de los riesgos, y eso no es tanto un tema de justicia sino de tratar de generar buenos incentivos. Precisamente, se trata de evitar lo que sucede hoy, es decir, que las entidades procuren tomar usuarios de bajos riesgos y no usuarios de alto riesgo. En el extremo, uno terminaría teniendo un sistema en el que las entidades procuran tener como usuarios a aquellos que no se enferman y no a aquellos que se enferman. Seguramente, sería un sistema barato pero bien inoperante. Entonces, en esos términos, la lógica de cápitas remunerando a los prestadores de servicios es esencialmente de buenos incentivos y de remunerar riesgos.

Pero el tema de la justicia está en la otra pata, que es separada de las cápitas; es independiente lo que paga un individuo de lo que el FONASA paga a los prestadores, y lo que paga el individuo está en función de sus ingresos. Reitero que ojalá hubiéramos podido hacer esto en un solo acto, pero no fue posible.

Con respecto a que hay gente que puede pagar un sobreprecio, también hay gente que seguramente paga bastante menos de lo que debería pagar si pagara su propia cápita y, en particular, estamos hablando de aquellos colectivos de mayor riesgo. En ese sentido, si uno tomara los mayores de 65 años, que es uno de los colectivos que se van a ir incorporando de manera muy gradual en el tiempo, con seguridad, si pagaran la cápita en lugar de la cuota mutual, tendrían que pagar prácticamente el doble que hoy.

Por lo tanto, entendemos que lo más razonable para los sectores que transitoriamente están quedando fuera del esquema general del Sistema Nacional Integrado de Salud es mantener la situación vigente con la menor cantidad posible de alteraciones, porque empezar a tocar cosas tiene repercusiones en el conjunto. Entonces, procuramos que el grueso de los sectores y, sobre todo, los que tienen mayor déficit sanitario, como el de los menores de 18 años, entren de manera inmediata y que aquellos colectivos que por razones esencialmente de costo no entran en un solo acto y deben continuar en forma transitoria en una lógica diferente, mantengan el statu quo de la manera menos alterada posible.

Esta es la forma que entendimos más razonable, pero, por supuesto, puede haber opiniones diversas.

SEÑOR POSADA.- En primer lugar, y hablando de errores, quizás el señor Subsecretario de Economía y Finanzas y los demás legisladores tengan presente que hace ya bastante tiempo, más de un año, incluso en la campaña publicitaria, el Ministerio de Economía y Finanzas, a la hora de presentar la reforma tributaria y, especialmente, el Impuesto a la Renta de las Personas Físicas, insistió en que solo el 10% de los hogares uruguayos iba a pagar más.

SEÑOR PRESIDENTE.- Disculpe, le voy a hacer una pregunta.

SEÑOR POSADA.- Usted me dio la palabra y no me puede interrumpir. ¡Usted no me haga preguntas! ¡Usted me deja hablar!

SEÑOR PRESIDENTE.- Le pido que no me grite; yo le estoy hablando con el máximo respeto.

SEÑOR POSADA.- Usted me dio la palabra y no me puede interrumpir.

SEÑOR PRESIDENTE.- Yo lo puedo interrumpir y pedirle por favor que se atenga al tema en discusión, y usted lo sabe, porque es un legislador experimentado. Entonces, apelando a su buena voluntad, le pido que se mantenga dentro de la temática de la Comisión, porque además hay cinco legisladores anotados que también tienen derecho a hablar. Puede continuar, señor Diputado.

SEÑOR POSADA.- El señor Subsecretario aludió a la persistencia de mis errores. Lo que yo le quiero demostrar es que, en todo caso, quien persiste en el error es el propio Ministerio de Economía y Finanzas, que durante largo tiempo hizo una afirmación que después, en los hechos, quedó corroborado que no era así. Los hechos demostraron que quienes decíamos algo distinto respecto al impacto que iba a tener la reforma tributaria teníamos razón. Lo está diciendo la gente que, en todo caso, es un juicio bastante más inapelable que el que podamos tener nosotros.

Vuelvo al tema que nos ocupa, pero lo otro tenía relación con los errores. Un mismo servicio va a tener dos precios, según quien contrate. Si contrata el Estado valdrá tanto, y si contrata cualquier otro ciudadano que no ha sido integrado en este nuevo sistema, tendrá otro precio. Me parece que eso es esencialmente injusto, porque un mismo servicio pasa a ser valorado de distinta manera. Este es un aspecto a tener en cuenta.

(Interrupción del señor Diputado González Álvarez)

—— No es ese el criterio. El criterio se fija por ley.

Por otro lado, el señor Subsecretario habló del caso de algunas entidades mutuales o de quienes intentan, como política -se ha dado algún caso muy notorio-, incorporar gente joven a sus registros para tener menores costos y beneficiarse en la lógica de lo que era el sistema hasta ahora, en la medida en que recibían una cápita promedio. Advierto que el sistema que se está tratando de implementar a través de este proyecto de ley tiene exactamente la misma filosofía. Se trata de incorporar a los jóvenes, a los niños y a los adolescentes menores de dieciocho años para que, en definitiva, haya un ingreso mayoritario a todo el sector mutual. Obviamente, las que se van a ver beneficiadas por esa lógica son las propias mutualistas. Esa es la filosofía planteada en el proyecto de ley, la misma que se criticaba recién cuando se hacía el análisis de este tema.

SEÑOR TROBO.- Mi pregunta concreta es ¿cuáles son los criterios que el Ministerio de Economía y Finanzas va a utilizar para autorizar las cuotas mutuales de las entidades prestadoras de servicios cuando actúen como mutualistas? ¿Es el mismo que se está utilizando? El economista Bergara dice que la fijación de la cuota se va a hacer en función del financiamiento de las entidades. Hoy en día la fijación está de acuerdo con la propia economía de esas entidades. ¿Se va a cargar al usuario que paga de su bolsillo las ineficiencias que produzca la carencia de pago por el sistema de cápitas? La subsistencia de dos sistemas tiene como gravamen para los individuos que pagan directamente su cuota, que los costos ocultos derivados de la pequeña contribución que el Estado realiza respecto del otro pago se trasladen al otro cliente. Parto de la base de que se plantea que este es un sistema justo y solidario, pero francamente lo veo muy injusto y muy poco solidario, porque a partir de la aplicación del sistema de cápitas quienes pagan las cuotas de su bolsillo van a correr el riesgo de tener que financiar con parte de su cuota el desfinanciamiento que produce el sistema de cápitas. Entonces, creo que este tema merece una explicación en profundidad, porque no alcanzo a comprender claramente que se vaya a un procedimiento de justicia respecto de esos clientes. Además, hay algunos que no ingresan porque la ley no se los permite y otros porque la ley no los incluye. Esta ley no incluye a todos los habitantes de la República. Hay más de un millón de personas que van a seguir con la cobertura que tienen actualmente. La ley no dice nada de la forma que van a ser incluidas; no dice que será en tal fecha ni por determinado mecanismo. Esto me crea una preocupación en cuanto a la claridad y a la transparencia con la que hay que presentar el tema a la opinión pública. Si se presenta exclusivamente como que ciertos individuos van a tener atención mutual porque no tienen atención médica, no es cierto, porque la van a tener siempre y cuando puedan pagar los tiques, lo que es casi imposible. Entonces, esta ley presenta muchos casos de individuos acerca de quienes no tenemos la seguridad de

que cuando se fije el precio de la prestación que van a recibir se adecue a lo que tienen que pagar, sino que se le transfiera una obligación resultado de lo que paga el Estado por la otra vía.

La segunda pregunta la voy a hacer porque la señora Ministra de Salud Pública no la respondió, y simplemente dijo que se había decidido eso porque sí. Lo estoy leyendo en la versión taquigráfica. Quisiera saber cuál es el criterio por el cual la cobertura de un padre a sus hijos, con relación al pago del impuesto a la salud que se crea, termina a los dieciocho años. También quiero saber qué es lo que creen quienes construyeron este sistema que debe ocurrir al otro día. Ese hijo tiene que salir a pagar su cuota mutual. ¿Es el precio del que hablé en la primera pregunta, que obviamente va a tener una diferencia notoria con la cápita que percibía la entidad prestadora hasta que cumplió esa edad? Por ejemplo, si hasta los dieciocho años se paga una cápita de cien pesos, ¿a los dieciocho años y un día ese individuo tiene que sacar del bolsillo mil quinientos pesos para pagar la mutualista? ¿Eso es razonable? ¿Es justo? Yo creo que es muy injusto, pero me gustaría saber en profundidad cuál ha sido el criterio para fijar ese límite y, a partir de allí, cuál va a ser la diferencia entre el día anterior y el posterior.

La siguiente pregunta la voy a hacer porque no resulta clara en el proyecto y genera angustia y contrariedades. Me refiero a la eventualidad del aporte que realizan los trabajadores cuando tienen hijos, que es diferencial si no los tienen. Si trabajan el padre y la madre, y los dos están sujetos a este impuesto que se crea, me imagino que tendrán la opción ?la ley no lo dice? de que uno de los dos reciba el beneficio y, por lo tanto, uno de los dos pagará la tasa más alta del impuesto. Me parece que es necesario que la ley lo establezca claramente para evitar contrariedades.

Otra consulta que quiero hacer tiene que ver con el Fondo Nacional de Recursos. Actualmente, en lo que respecta al sector privado, el Fondo Nacional de Recursos percibe contribuciones de cada uno de los eventuales beneficiarios. La versión que tenemos es que una proporción de las cápitas se va a destinar al Fondo Nacional de Recursos. Por lo tanto, luego de pagar su impuesto, todos los que reciban atención médica van a ser beneficiarios del Fondo Nacional de Recursos. También lo van a ser los que paguen su cuota mutual porque tienen un complemento incluido, que es el Fondo Nacional de Recursos.

Quiero saber qué va a ocurrir con los beneficiarios de Salud Pública, de quienes actualmente el Fondo no recibe aportes y lo único que hace es pagar los actos médicos como si estuviera comprando un determinado servicio.

Mi pregunta es: ¿no sería razonable que el Fondo -que es tan bueno y que tiene tantas posibilidades para la tecnología avanzada en materia de intervenciones, etcétera- recibiera una cápita, una contribución por cada uno de los que luego le van a reclamar que les resuelve un problema? De esta forma, podría equilibrar sus finanzas, prevenir las eventualidades de financiamiento y evitar la grave circunstancia que actualmente está viviendo -el señor Ministro la conoce-, que consiste en determinar cuántas intervenciones se pueden hacer en el año de determinado tipo de técnica, lo que no responde a la realidad. La realidad es que todas las intervenciones necesarias que se deben realizar con ciertas técnicas, se hagan con cargo al Fondo. Hoy en día, la dificultad financiera del Fondo hace que haya intervenciones que se demoren, otras que se deriven, que haya listas de espera y que algunas no se realicen. A nuestro juicio, esta es una circunstancia sumamente agravante para quienes tienen derecho a recibir las prestaciones del Fondo.

Otra pregunta tiene que ver con el volumen de recursos que se va a conseguir mediante el pago de este impuesto. Cuando recibimos la primera propuesta del proyecto que se trató en el Senado, advertimos que un porcentaje de los ingresos de cierto colectivo de trabajadores o de empleados más los aportes de los empresarios o empleadores, generaban un volumen determinado. Luego se tomó la medida de disminuir los aportes de ciertas personas en determinadas situaciones. Esto se realizó en términos de 24 horas y en forma totalmente contraria a la transparencia necesaria para analizar un tema de estas características. Nadie sabe por qué razón se llegó a esos porcentajes. Lo digo con propiedad porque nosotros no accedimos al documento que apareció del Poder Ejecutivo. No se sabe cuáles fueron las razones por las que se hicieron estas modificaciones y cuáles son sus resultados, es decir, cuál es la media que se construye a partir de las distintas contribuciones y si el financiamiento que originariamente tenía el proyecto cuando ingresó al Senado persiste hoy en día.

Creo que esta cuestión debe ser explicada en profundidad y con mucha precisión, porque este es un sistema que no cierra, que no abarca a toda la población, que va a tener dos precios para el mismo tipo de

prestaciones, que es injusto con algunos sectores y grupos de personas -sobre todo con los jóvenes, lo que me parece grave- y del que no tenemos claro cuánto va a producir. Acá se ha dicho que los trabajadores van a contribuir con una suma de entre US$ 70:000.000 y US$ 80:000.000. Es decir, en las cifras que se han manejado respecto a que los trabajadores van a contribuir en más a lo que aportan hoy en día hay un rango de diez millones, que no es poca cosa; significa un 12% o un 13%. Entonces, quiero saber cuánto se va a recaudar y cuál es exactamente el volumen extra de recursos que se va a producir porque, obviamente, estamos hablando de un gravamen a la población, sobre todo, a la población trabajadora.

Por ahora, estas son las preguntas que quiero formular.

SEÑOR MINISTRO INTERINO DE ECONOMÍA Y FINANZAS.- En primer lugar, quiero hacer una pequeña complementación a lo planteado por el señor Diputado Posada; no quiero llamarla corrección para que no interprete que está en un error.

El asunto relativo a por qué ahora estamos en una situación diferente a la anterior con respecto a los incentivos para que las entidades reciban a quienes deben, no sólo se basa en el hecho que él menciona, relativo a que procuramos que los jóvenes estén bien atendidos, sino en tratar de mejorar las políticas que dificultaban el ingreso a aquellos colectivos de mayor riesgo. Dicho de otra manera, se rechazaban las solicitudes de ingreso a algunas entidades por considerarse poblaciones de riesgo. En el nuevo sistema, esto queda sustancialmente modificado, en la medida en que las entidades no van a poder rechazar usuarios. Como contrapartida, van a recibir la cápita que les corresponda en función del riesgo que conlleve cada usuario, teniendo en cuenta las variantes relevantes que se entendieron son el sexo y la edad.

Por lo tanto, para complementar lo planteado por el señor Diputado Posada, quiero aclarar que decididamente no estamos haciendo lo mismo, sino estableciendo un cambio de incentivos sustancial por parte de las entidades, que ahora no van a poder rechazar usuarios y van a ser remuneradas en función del riesgo que absorban con respecto a los usuarios del Fondo Nacional de Salud.

En cuanto a las consultas del señor Diputado Trobo, corresponden las siguientes precisiones o razonamientos.

Con respecto a la cuota mutual y cuáles son los criterios, debemos decir que vamos a seguir trabajando con una lógica de fijar el tope a la cuota mutual -como se hace hoy-, tomando en cuenta las paramétricas que, en general, se han utilizado para su definición, que obviamente reflejarían la estructura de costos de las distintas entidades.

En realidad, no debería haber un costo adicional por el hecho de que las mutualistas u otros prestadores pasen a integrar el Sistema Nacional de Salud; no debería haber costos adicionales al hecho de que esos prestadores van a dar servicios financiados por el FONASA, sino más bien lo contrario. En el diagnóstico que ha desplegado el Ministerio de Salud Pública se plantea, precisamente, que hay posibilidades de ganancias de eficiencia asociadas a una mayor escala por parte de las entidades. Por lo tanto, el hecho de que un número importante de usuarios que hoy se atienden en ASSE se vuelque a las mutualistas o a otras entidades prestadoras de servicios, puede llevar a que esas instituciones tengan ganancias de eficiencia, que se van a reflejar en sus costos y, en consecuencia, en la paramétrica. Es decir que debería apuntarse a que esa ganancia de eficiencia, de alguna manera, también sea apropiada para aquellos que pagan la cuota de su bolsillo.

Por lo tanto, en la previsión con respecto a si el hecho de que estas entidades presten servicios financiados por el FONASA pudieran traer perjuicios adicionales al que paga la cuota de su bolsillo, la lógica indica exactamente lo contrario. Si el sistema, tal como se prevé, va a permitir aprovechar ganancias o economía de escalas en estas entidades, el efecto va a ser el contrario: la gente que paga de su bolsillo una cuota mutual, cuyo tope está determinado por una paramétrica basada en costos, podría llegar a verse beneficiada.

Por otra parte, en términos de quién financia a quién, reitero lo planteado anteriormente: el sistema tiene un desfinanciamiento neto, que es cubierto con un subsidio de Rentas Generales.

Hay un costo fiscal en el funcionamiento del sistema que entendemos justo y viable, en la medida en que se dé en los montos y en los tiempos que están planteados e implícitos en el proyecto.

En alguna medida tiene razón el señor Diputado Trobo, con respecto a que no todo el mundo va a poder optar por el sistema mutual o privado en la medida en que existen copagos y órdenes y, por lo tanto, alguna gente quedará en ASSE, en el sistema público. Creo que también es razonable pensar que alguna gente quedará en ASSE. Si generamos un sistema en el que todo el mundo sale de ASSE, la pregunta lógica que haría el señor Diputado Trobo sería: ¿entonces qué hacemos con ASSE y con todo lo que allí se gasta? Por lo tanto, es razonable pensar que una parte quedará en ASSE, solo que será menos de la que en la actualidad se asiste allí, lo que claramente es un exceso.

Con respecto a la política de copagos, está planteado de manera programática -ya empezamos a tomar decisiones a nivel del Poder Ejecutivo- considerar los copagos con un criterio regulador de demanda y no simplemente como un adicional de costos o con un criterio recaudatorio. Es decir que hoy existen copagos que no tienen sentido porque son para prácticas muy aisladas, especializadas, que realmente no regulan la demanda. Si uno se tiene que hacer cierto tipo de práctica, lo tiene que hacer sí o sí. Difícilmente pueda inventar la situación para poder hacérselo. Por lo tanto, en ese tipo de situaciones los copagos no tienen un rol regulador. Hay otros casos más sistemáticos que sí tienen un rol regulador. Recordemos que es necesario tener copagos que regulen el consumo en algunas cosas porque si no estaríamos inflando artificial e ineficientemente el costo del sistema, que en última instancia lo pagamos todos.

Sobre el segundo punto manifestado por el señor Diputado Trobo en cuanto a por qué 18 años, quiero decir que esa es una edad bastante significativa, por lo menos en los uruguayos en términos legales, porque nos permite hacer cosas que antes no podíamos. Hay una lógica de mayoría de edad. Algún criterio arbitrario en estas cosas hay que tener para establecer hasta cuándo quedan a cargo los hijos desde la perspectiva del sistema de salud. Obviamente, si hay hijos que tienen problemas de discapacidad, la asistencia del Fondo Nacional de Salud se mantiene. Por otra parte, si hay hijos menores de 18 años que consiguen trabajo, pasan a ser tratados como trabajadores. Recordemos que en los indicadores de población económicamente activa, la población está considerada, también en forma arbitraria, a partir de los 14 años. O sea que el por qué 18 y no 20 o 16 años es arbitrario, pero en general se asocia a aspectos que no son creados por el Sistema Nacional de Salud.

SEÑOR TROBO.- Mis dichos son ratificados por lo que decía el señor Subsecretario. Él dijo que en algún lugar hay que pasar la raya. Yo creo que no hay una visión en profundidad del problema de la juventud porque, además, en esta franja de edad de la que estamos hablando los niveles de desocupación son los más altos, se disparan brutalmente. Creo que este sistema, que se precia de ser justo y solidario, tendría que tener esto en cuenta. Pero además tiene una consecuencia profundamente injusta: al otro día el individuo tendrá que pagar una cuota que quizás sea el doble o se pasa a atender en Salud Pública como indigente. Pero se puede atender como indigente si los ingresos del núcleo familiar lo permiten y no lo van a permitir. O sea que ese chico o esa chica deja de tener atención médica al otro día, salvo que se pague la cuota mutual.

SEÑOR TAJAM.- Puede ir a Salud Pública.

SEÑOR TROBO.- No puede, señor Diputado, si el núcleo familiar tiene un ingreso determinado. Hay que tener en cuenta que tiene que hacer una declaración jurada en Salud Pública.

SEÑOR PRESIDENTE.- Que consiga trabajo.

SEÑOR TROBO.- Me gustaría que la versión taquigráfica recogiera las impresiones que estamos escuchando. El Presidente acaba de decir: "Que consiga trabajo". Me parece muy bien, señor Diputado Brenta, que usted, como Presidente de la Comisión, intervenga en el debate para decirme a mí, que le estoy preguntando al señor Subsecretario de Economía y Finanzas, qué van a hacer con los jóvenes y las jóvenes de dieciocho años y un día que se quedan sin mutualista, que se consigan trabajo.

SEÑOR PRESIDENTE.- Solo estaba agregando las posibilidades que tienen las personas.

SEÑOR TROBO.- No me interrumpa. Respete al orador.

Se hace la propaganda de que hay quinientos mil niños que se van a atender y ahora está diciendo que para atenderse, tienen que conseguirse trabajo.

SEÑOR PRESIDENTE.- No, para nada.

SEÑOR TROBO.- Entonces yo me pregunto por qué el proyecto de ley no trae una solución que diga que este individuo al otro día tendrá que sacar de su bolsillo, pero pagará el valor de la cápita. Lo digo porque al otro día de haber cumplido la mayoría de edad, la diferencia va a ser para financiar la mayor eficiencia de la mutualista o, en su defecto, recibir el mismo servicio por el doble de precio. Este tema puede considerarse menor, pero no lo es para estos chicos o estas chicas o para los padres que están en esa situación, por lo que me parece que debería tener otra visión y otra solución. Desde el punto de vista del criterio utilizado, simplemente se pasa de una calidad a otra y por lo tanto, se quedan sin cobertura o, en su defecto, tienen que pagar el precio de la mutualista. Por eso hacía tanto hincapié en preguntar sobre el valor y la composición del valor y después sobre la situación de estos individuos. Desearía que se recogiera, por lo menos, la sensibilidad que planteamos sobre esta cuestión.

SEÑOR MINISTRO INTERINO DE ECONOMÍA Y FINANZAS.- Creo que vale la pena plantearse situaciones en las cuales mantenerse en el sistema mutual puede implicar una erogación un poco mayor y en otras, en las que los aportes eran mayores, pueden suponer un aporte menor. Recordemos que si el núcleo familiar deja de tener hijos a cargo, también se le reduce la tasa de aportación al Fondo Nacional de Salud. Se reduciría del 3% adicional al 1,5% adicional.

En cuanto a la tercera pregunta del señor legislador Trobo con respecto a cuáles son los ingresos que se consideran asociados a los hijos a cargo, si no está claro en el proyecto, habría que aclarar que refiere al núcleo familiar. O sea que padre y madre aportan por hijos a cargo. No hay una opción sobre cuál de los ingresos debe aportar. Deben hacerlo ambos, padre y madre o concubinos en el caso que corresponda, porque también los derechos van para el conjunto de hijos en sentido amplio. Por ejemplo, cuando hay concubinos se incluyen derechos para hijos de concubinos, aunque el concubino no sea un trabajador activo. O sea que hay una lógica de núcleo familiar tanto para el aporte como para los derechos.

SEÑOR TROBO.- La verdad es que esta respuesta me sorprende porque esta medida que explica el señor Subsecretario, en el sentido de que si un matrimonio tiene hijos a cargo, los dos pagan la tasa más alta, aunque sea un hijo solo, es profundamente injusta. O sea que no va a convenir que la mujer trabaje para no estar gravada. Tampoco va a convenir tener hijos porque, en definitiva, el hijo multiplica el gravamen. Me parece que habría que revisar seriamente esto. Advierto que un matrimonio en el que los dos tengan empleo y un hijo, va a tener una erogación brutal por el mero hecho de incluirlo en el Sistema Nacional de Salud, a lo que obviamente están obligados. Hay que tener en cuenta que no estamos hablando de gente rica sino de trabajadores que tienen un sueldo limitadísimo, a partir de los cuatro mil y pico de pesos, que estarán pagando el impuesto a la salud. Además, si pasan los ocho mil pesos, tendrán que pagar Impuesto a la Renta de las Personas Físicas. Y si se suman los dos, pagarán mucho más porque el sistema es tan injusto que hace que los que viven solos paguen menos impuestos que los que están casados y tienen hijos. Entonces, el sistema es progresivo en contra de tener hijos y en contra de tener empleo. Yo creo que, necesariamente, el Gobierno debería reflexionar y analizar este tema. Yo pensé que la respuesta sería: "Mire; el padre, o el que cobra el sueldo más alto, va a pagar el 6%". Eso me hubiera parecido razonable. Pero el otro día nos enteramos que si uno tiene dos empleos, paga por ambos. Y si hay dos empleos en el casa, los dos pagan la tasa más alta si tienen un beneficiario más, que es el hijo; francamente, no entiendo.

SEÑOR MINISTRO INTERINO DE ECONOMÍA Y FINANZAS.- El criterio de aportación no es la cantidad de empleos, sino el ingreso de la gente. Si eso proviene de uno, dos o cinco trabajos, dependerá de la naturaleza de los propios empleos. O sea que la cantidad de empleos no es un criterio sobre el cual trabajar.

Reitero que la lógica del grupo familiar aquí se aplica tanto para los aportes como para las prestaciones; además, creo que no hay que perder de vista que estamos hablando de que prácticamente en todos los casos - por lo menos, en una altísima proporción, sobre todo en aquellos que más preocupa al señor legislador Trobo,

que son los de menores ingresos- existe un importante subsidio del Estado para toda esta actividad; o sea que no es que se esté generando una exacción extrema. Por ejemplo, en el caso hipotético que manejaba el señor legislador Trobo de sueldos de $ 4.000, aun considerando dos sueldos de ese monto, el 6% de la cantidad resultante implicaría $ 480 y esto proporcionaría el derecho de la cuota mutual a los dos padres y a la cantidad de hijos que tengan. Por lo tanto, en esas situaciones difícilmente pueda plantearse que exista una exacción desmedida sobre los ingresos familiares "vis à vis" los derechos que genera.

SEÑOR MASEDA.- ¿Me permite?

El señor Ministro Interino hizo referencia al mínimo imponible de $ 4.200 y habló de $ 8.400. Sería bueno si se nos pudiera decir lo que pagaría hoy, por ejemplo, un funcionario público o un trabajador privado que tuviera tres hijos, en cuyo hogar ingresaran dos sueldos por $ 18.000 y lo que significa ese aporte si los tres hijos están pagando la mutualista privada. Creo que ese sería un elemento comparativo interesante para el análisis.

El señor Ministro interino explicó claramente algo sobre lo que hablamos con los compañeros: la asignación se paga hasta los 18 años. Podríamos decidir que la asignación se pagara hasta los 30 años. Pero desde el punto de vista jurídico y de la responsabilidad del ciudadano que emite el voto, y que adquiere la mayoría de edad a los 18 años, no podemos decir que esta edad sea arbitraria. Es una edad justa, en la medida en que aquí el joven inicia un proceso de independencia en la vida. Ahora bien; en estas coyunturas, en las que la desocupación campea, debemos encontrar los mecanismos para atender a esos jóvenes que pierden la atención de la mutualista para que puedan pasar a Salud Pública. Los Diputados del Partido Nacional y del Partido Independiente decían que no lo pueden hacer, porque la ley no se los permite; entonces, desde mi modesto punto de vista, sin pretender entrar a la discusión, creo que no es un aspecto discriminatorio atenderse en Salud Pública. Adviértase que Salud Pública será uno de los actores que atenderá la salud. Y si no estoy equivocado -en caso de estarlo, pido que algún legislador me corrija-, el carné de atención de Salud Pública, en virtud del correspondiente decreto del Poder Ejecutivo, se obtiene si se perciben hasta dos y medio salarios mínimos nacionales. Además, hay otras instancias en Salud Pública, a través del pago de un arancel que permite la atención de todas las personas. Ese es otro aspecto que hay que tener en cuenta.

En una reunión muy importante que mantuvimos, dijimos algo que figura en las versiones taquigráficas y que hoy tiene nuevamente vigencia. Yo creo que no es bueno tener una actitud discriminatoria continua contra Salud Pública. Eso no es bueno desde el punto de vista conceptual y es peligroso políticamente marcarlo en forma permanente porque, en definitiva, estamos siendo parciales a favor de las mutualistas. En lo personal, siempre me he atendido en Salud Pública y estoy esperando que se apruebe el Sistema Nacional Integrado de Salud. En ese sentido, le planteaba al doctor Baltasar Aguilar que los legisladores habíamos quedado fuera del sistema y en su momento hice una consulta al respecto al señor Diputado Gallo Imperiale, quien me contestó que nosotros teníamos que pagar arancel y que no estábamos incluidos. No obstante, en virtud de la modificación introducida en el Senado, el legislador nacional también puede integrarse a Salud Pública.

(Interrupción del señor Representante Trobo)

—— Antes no podíamos, pero con la modificación del Senado se podrá optar por Salud Pública. Ese es uno de los cambios de importancia que se introdujeron al proyecto de ley porque permitirá que quienes votamos la iniciativa, podamos optar, como el resto de los ciudadanos, por uno u otro sistema. Entonces, desde un punto de vista constructivo, debemos visualizar en qué estamos trancados o equivocados para buscar una solución.

SEÑOR PRESIDENTE.- La Mesa informa que se está distribuyendo a los legisladores por "e-mail" la información solicitada al Ministerio de Salud Pública. Como sabemos que hay varios Diputados que prefieren el papel, pueden solicitar el material a la Mesa.

SEÑOR GANDINI.- El Ministro interino hacía algunas apreciaciones sobre por qué se tomaba los 18 años como edad a partir de la cual el aporte pasa a ser diferente y la cobertura deja de estar prevista en la ley. Asimismo, el Diputado preopinante hacía algunas afirmaciones al respecto. En ese sentido, quiero establecer algunas diferencias. Yo fui el redactor, el proponente de la iniciativa que rebajó la mayoría de edad de los 21 a los 18 años, que hoy es ley, eliminando aquella situación que se generaba

en cuanto a la mayoría de edad entre los 18 y los 21 años. Recuérdese que se era mayor de edad a todos los efectos a los 21 años, a algunos efectos a los 18 y, eventualmente, con la habilitación o emancipación se adquirían los derechos antes de los 21 años. Como decía, esa situación fue corregida por una ley que estableció la mayoría de edad para todos los casos a los 18 años, eliminando estos dos institutos, pero mantuvo una excepción: la pensión alimenticia que se percibe hasta los 21 años. Esa fue una decisión que el Parlamento adoptó unánimemente por entender que, más allá de que el joven está habilitado y capacitado para ejercer sus derechos y para discernir las consecuencias de todos sus actos a partir de los 18 años, requiere del apoyo de la familia hasta los 21 años para su emancipación económica. Por eso, las obligaciones de la familia se mantienen hasta ese momento, inclusive, luego de la separación que puede acaecer en el núcleo familiar. En todos los casos la protección a través de la pensión alimenticia continúa hasta los 21 años.

Yo creo que ese es el criterio que debe tomarse. Decir que una persona a los 18 años en este país puede mantenerse, conseguir trabajo y estar dentro del sistema de salud, está bastante fuera de la realidad. Tanto es así que la ley mantuvo una sola excepción para la mayoría de edad: la protección con el sistema de la pensión alimenticia.

Quería dejar marcada esta diferencia porque creo que hace a la cuestión de la que estamos hablando.

SEÑOR MINISTRO INTERINO DE ECONOMÍA Y FINANZAS.- Creo que puede ser razonable manejar algún número hipotético de lo que sería el esquema a partir de lo que se nos solicitaba.

Tomemos como ejemplo una familia con dos personas que trabajan y dos hijos. Si se considerara que una cuota mutual está en el orden de los $ 1.200, recién cuando el ingreso familiar supera los $ 80.000, sus aportes estarían compensando el pago de cuatro cuotas mutuales. Para cualquier ingreso familiar menor a $ 80.000, hay un subsidio por parte del Estado. Creo que vale la pena manejar estas cosas, porque cuando se plantea lo que puede ser el impacto de estos porcentajes aplicados a los ingresos familiares, a veces los porcentajes no dejan ver cifras absolutas u órdenes de magnitud. Aquí se nos planteaba qué pasa si hay un ingreso de dos personas por $ 18.000, es decir un ingreso familiar de $ 36.000, que no deja de ser un ingreso relativamente decente para el Uruguay de hoy. En ese caso, el 6% aplicado a todo ese ingreso familiar son $ 2.160 y, en la eventualidad de que hubiera dos hijos, nos está dando que el costo promedio de esa cuota mutual estaría en el entorno de los quinientos y pocos pesos, es decir, significativamente debajo de lo que cuesta en la actualidad. Creo que una vez que pasamos a cifras absolutas nos damos cuenta de que la aplicación de estos porcentajes a niveles de ingreso familiar que no son necesariamente bajos, siguen implicando un esfuerzo fiscal muy grande para financiar las cuotas mutuales o los derechos y las contraprestaciones que el sistema prevé.

SEÑOR TROBO.- Preguntaba al señor Ministro interino si entiende conveniente que al otro día de que ese individuo deja de estar cubierto por el impuesto, por cuya atención se paga una cápita que es sensiblemente menor al valor de la cuota mutual, se pueda establecer en la ley que siga pagando una cápita hasta el momento en que sea contribuyente, es decir, hasta el momento en que sea empleado. Si el costo de atender a ese individuo hasta cierta fecha es equis pesos, no entiendo por qué al otro día pasa a ser el doble. Mi pregunta es: ¿el Gobierno está de acuerdo con el criterio de que el individuo siga pagando lo mismo que pagaba hasta el día anterior? Me parece que esta sería una cuestión de estricta justicia.

SEÑOR ASTI.- Reiteradamente el señor Diputado Trobo hace referencia a impuestos cuando hablamos de los aportes que van a realizar los trabajadores. Entonces, quisiera referirme a lo que establece el Código Tributario en su artículo 11: "Impuesto es el tributo cuyo presupuesto de hecho es independiente de toda actividad estatal relativa al contribuyente". Por su parte, el artículo 13 establece que: "Contribución especial es el tributo cuyo presupuesto de hecho se caracteriza por un beneficio económico particular proporcionado al contribuyente por la realización de obras públicas o de actividades estatales; su producto no debe tener un destino ajeno a la financiación de las obras o actividades correspondientes". Más adelante continúa: "Son contribuciones especiales los aportes a cargo de patronos y trabajadores destinados a los organismos estatales de seguridad social".

Simplemente quería dejar esta constancia para no seguir nombrando incorrectamente lo que es un concepto de tributo distinto.

SEÑOR MINISTRO INTERINO DE ECONOMÍA Y FINANZAS.- El diseño que está planteado tiene, de alguna manera, parámetros arbitrarios, como los porcentajes, las edades y demás. En algún lugar hay que poner estos límites y siempre puede haber alguna discontinuidad en la situación, pero puede preverse; no es sorpresiva. La gente también puede ir tomando los recaudos del caso, pero lo que está claro es que dejar sin límites estas cosas después hace que la salud del sistema descanse en esquemas de control muy fuertes, porque luego uno debería estar controlando en qué momento esa persona empieza a trabajar. Eso ya implica un costo para el sistema y la imposibilidad de chequear el caso a caso ?la situación de cada persona que una vez superados los 18 años, haya o no empezado a trabajar?, para considerar hasta cuándo seguiría pagando un cierto tipo de cápita y a partir de cuándo debería empezar a pagar por el porcentaje de sus ingresos. Eso requeriría un aparato de control y un costo del sistema que nosotros entendíamos prohibitivo, no por lo caro, sino por la imposibilidad efectiva de controlar a ese nivel de descentralización.

Luego entraríamos en el terreno de las opiniones y creo que es razonable que las haya diversas con respecto a esto.

SEÑOR TROBO.- La pregunta que hice es si la atención del individuo cuesta cierta cantidad de dinero, ¿por qué al otro día pasa a costar más?

Hace un rato, el señor Ministro interino Bergara dijo que el funcionamiento de los prestadores va a ser financiado a través de las cápitas y un razonable estudio de sus costos para la fijación de la cuota. Hasta un determinado día, el funcionamiento de los prestadores va a estar financiado por las cápitas -inclusive la de este individuo-, y por las cuotas de los que no tienen cápitas. Entonces, al otro día van a ganar más dinero. Se me dirá que un caso no afecta. No creo que el argumento sea que no hay posibilidades de instrumentar un sistema de control. Con el cerebro que va a hacer funcionar el sistema de percepción del impuesto por parte de los trabajadores y de los aportes de los empleadores a través del Banco de Previsión Social al otro día que se da de alta a un individuo, podemos encontrar perfectamente a uno que está pagando su cuota y a uno que está pagando su cápita, o a uno que estaba pagando su cápita y que, a su vez, al otro día tiene que empezar a pagar el impuesto y, por tanto, se le va a pagar su cápita por esa vía. Esa es mi pregunta. No creo que sea una cuestión de opinión.

SEÑOR MINISTRO INTERINO DE ECONOMÍA Y FINANZAS.-. Entiendo el planteo: cuando alguien pasa los 18 años y no es un trabajador activo -es decir que no paga el 4,5% o el 6% -, se propone que transitoriamente siga pagando la cápita o la cuota de salud que el FONASA de todas maneras le abonaría a la mutualista para mantenerlo. Creo que es una idea que no tenemos que descartar y podemos analizar.

SEÑOR TROBO.- Hay que incluirla en la ley.

SEÑOR MINISTRO INTERINO DE ECONOMÍA Y FINANZAS.- Las buenas ideas van a ser incluidas; no tenga dudas, señor Diputado.

El cuarto punto que planteaba el señor Diputado hacía referencia al Fondo Nacional de Recursos. El financiamiento del Fondo Nacional de Recursos es tal cual lo describía el señor Diputado Trobo. A nivel del sector privado se financia a través de una cuota para el Fondo Nacional de Recursos que, de alguna manera, se suma a las cuotas mutuales y que pagan todos los potenciales usuarios del sistema privado Y para el caso público hay una fijación de aranceles por acto, por el tipo de técnica especializada que se aplique y el sector público lo que hace es pagar ese arancel por cada acto que efectivamente se realiza. Es así y en principio va a seguir siendo así. El pago de la cuota, que ahora se hace a través de la cuota mutual para los integrantes del FONASA, va a operar por esa vía pero desde el punto de vista del Fondo Nacional de Recursos no habría diferencias.

Si bien son dos criterios diferentes para el sector público que para el sector privado, entendemos que este esquema mantiene cierta racionalidad. No sería razonable que el sector público pagara por una cantidad potencial de usuarios que surja de manera residual, del total de la población, menos aquellos que tienen aportes a la cuota mutual. Además es de aplicación pacífica, una vez saneadas las finanzas del Fondo Nacional de Recursos.

Aprovecho la oportunidad que me brinda esta pregunta para decir que nosotros en particular estamos muy satisfechos con el proceso de saneamiento del Fondo Nacional de Recursos. Hoy el Fondo Nacional de Recursos tiene una situación financiera razonable y estamos acelerando el pago de la deuda que el sector público tiene con este Fondo Nacional de Recursos, lo que inclusive ha permitido reducir la cuota que, a través de la cuota mutual, el sector privado paga. Diría que muy rápidamente el Fondo Nacional de Recursos va a tener un esquema de funcionamiento absolutamente autosustentable. Reitero que es un esquema de aplicación pacífica, de negociación razonable con las Instituciones de Medicina Altamente Especializada, que entendemos está funcionando de manera satisfactoria para todas las partes.

No comparto que haya una situación en función de la cual se estén demorando técnicas de manera arbitraria. Lo que se hace es lo siguiente: todas las solicitudes de aplicación de técnicas de medicina altamente especializada, para ser pagadas por el Fondo Nacional de Recursos tienen que atravesar ciertos protocolos de análisis que hacen los técnicos del Fondo, con criterios absolutamente predeterminados y técnicos desde el punto de vista de la medicina, que hacen que algunas solicitudes puedan no ser aceptadas, no por un tema de demoras injustificadas, no por un tema de financiamiento, sino por una cuestión técnica, esto es, que no pasan el protocolo que da las garantías al Fondo Nacional de Recursos de que esa técnica deba ser aplicada y pagada por su intermedio.

SEÑOR TROBO.- Sobre este último aspecto yo quiero decir que en el Fondo Nacional de Recursos hay listas de espera, hay intervenciones que no se realizan y que se demoran. Yo le pido al señor Ministro interino que averigüe. Hay una predeterminación de cuántas intervenciones o técnicas se pueden hacer en determinado período, al año o en equis cantidad de meses. O sea que hay una determinación previa de la cantidad de intervenciones que se pueden hacer con ciertas técnicas del Fondo Nacional de Recursos.

El criterio del Ministerio de Economía y Finanzas ha apuntado a restringir el gasto, para pagar deudas o sustentar algún funcionamiento hacia el futuro. Cuando el otro día se lo preguntamos a la señora Ministra ella no supo qué decirnos. Sigo afirmando, hasta que se me demuestre lo contrario, que se está elongando el plazo para la realización de determinadas técnicas. En algunos casos, con algunos pacientes, se está dando por bueno que la intervención no va a resolver mayormente el problema de su movilidad, etcétera, cuando se trata de personas mayores con necesidad de prótesis de cadera o de rodilla. Francamente, esa situación no se está resolviendo y a nuestro juicio no es un criterio que denote sensibilidad sino, meramente, el cierre de las cuentas.

SEÑOR MINISTRO INTERINO DE ECONOMÍA Y FINANZAS.- Reitero que es factible que se rechacen solicitudes sobre la base de la aplicación de protocolos que no han sido definidos por el Ministerio de Economía y Finanzas a partir de cuestiones financieras, sino por los técnicos médicos del Fondo Nacional de Recursos. Es cierto que hay solicitudes que se rechazan porque no respetan esos protocolos o porque se entiende que no deben ser financiados por el Fondo Nacional de Recursos.

SEÑOR TROBO.- No solamente ocurre lo que estoy diciendo -usted tendría que averiguarlo bien- sino que, además, como se paga un precio ficto por las intervenciones, en muchos casos los IMAE tienen que modificar determinadas características de ciertos insumos a utilizar. Es sabido que es diversa la calidad de los elementos necesarios para la ejecución de ese tipo de técnicas y eso va en contra del interés del paciente. Cuando usted determina que el costo que se paga por un determinado insumo es menor que el que tiene una marca adecuada o tiene una mejor "performance", está claro que hay una intervención con criterio económico, en una prestación de carácter médico, que puede significar que el individuo tenga que volver a recurrir a otra intervención en un plazo de cuatro, siete u ocho años. Y ese criterio de fijación del valor para el acto médico o para la intervención, en el cual hay componentes que son honorarios profesionales pero también hay otros componentes que son equipamiento u otros elementos necesarios, depende de la fijación del precio. En el Fondo Nacional de Recursos, de acuerdo

con los criterios de fijación de los valores de las intervenciones, ha habido modificaciones de los insumos necesarios, con perjuicio para los usuarios o para las personas que se intervienen.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- El tema que introduce el señor Diputado Trobo merece una respuesta que desde mi punto de vista es técnica.

El argumento que maneja el señor Diputado Trobo de que las decisiones del Fondo Nacional de Recursos se toman con criterios económicos estrictos y mezquinos no es así.

Hay que conocer un poco la historia del Fondo Nacional de Recursos. Todos sabemos que esa institución es un orgullo para el país y un ejemplo para el mundo. También es cierto -hay que decirlo- que su funcionamiento, en determinados momentos, creó preocupaciones. Tanto es así que en un momento el Fondo estuvo desfinanciado y eso fue fruto de las sobreindicaciones que se hacían, que eran aceptadas por el Fondo.

Eso fue dándose y creando serias dificultades, pero en un momento tuvo un punto de inflexión, cuando un Director, el doctor Bagnulo, creó toda una modificación de la gestión a los efectos de dar transparencia a las indicaciones. A partir de allí se empezaron a manejar los protocolos de cada una de las patologías. En ningún momento fueron recortadas aquellas patologías que ponían en riesgo la vida inmediata de las personas; nunca. Empezaba a haber dificultades con aquellas patologías que podían ser postergadas y que venían sobreindicadas. Hubo médicos en determinadas especialidades que sobreindicaban y creaban expectativas en los pacientes, pero cuando se empezaba a regular el tema en el Fondo Nacional de Recursos, no tenían indicación, y entonces, se decía que de alguna manera se estaba postergando. No se postergan; lo que se hace es que cada una de esas patologías se incluya en esos protocolos, y cuando sea así, se agreguen a una lista, que es de espera, en la medida en que haya mucha demanda. En determinados servicios puede haber muchos pacientes y en función de eso, si el servicio no da respuesta, hay una lista de espera pero con indicaciones precisas. Esa es la dificultad que ha habido.

Hago la referencia al doctor Bagnulo porque fue quien hizo el punto de inflexión y por eso el Fondo Nacional de Recursos está funcionando muy bien. Si esas circunstancias se dan no es por criterios económicos y manejados desde el Ministerio de Economía y Finanzas, sino porque ahora hay pautas precisas que, a mi entender, están dando transparencia a la gestión del Fondo.

SEÑOR TROBO.- Me parece muy bien lo que dice el señor Diputado Gallo Imperiale y comparto que con la perspectiva del usuario y del beneficiario se haga todo lo que se hizo y más, pero el señor Diputado Gallo Imperiale no me va a negar que se modificó por una cuestión de economía el tipo de válvulas que se usaba para las operaciones cardíacas. Eso va notoriamente en perjuicio de los beneficiarios o usuarios del Fondo Nacional de Recursos.

A mí me gusta trabajar para que el Fondo Nacional de Recursos funcione como debe hacerlo, no en función del Ministerio de Economía y Finanzas ni de los IMAE, sino del interés de los pacientes, que nunca saben lo que pasa con ellos ni qué es lo que ponen dentro de su cuerpo cuando les hacen una intervención de estas características. Por eso planteé en la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social la necesidad de profundizar sobre el tema del Fondo Nacional de Recursos. En esta ocasión, en la que estamos discutiendo el Sistema Nacional de Salud, este es un componente muy importante, ya que todas las intervenciones que realizan los IMAE a través del Fondo son de una tecnología médica que en ningún país del mundo se presta con un sistema como el que tiene Uruguay. Entonces, es necesario preservarlo y cuidarlo desde el punto de vista financiero pero, sobre todas las cosas, desde el punto de vista de los usuarios que deben tener derecho a elegir el IMAE y a que se les intervenga en buenas condiciones. Su intervención se determina no solamente con un buen protocolo, sino con las características de los insumos que se utilizan, porque se sabe que en ese sentido también hay diferencias. Seguramente, el señor Diputado Gallo Imperiale lo sabrá mucho mejor que yo.

SEÑOR MINISTRO INTERINO DE ECONOMÍA Y FINANZAS.- La preocupación y los objetivos que plantean, tanto el señor Diputado Trobo como el señor legislador Gallo Imperiale son absolutamente compartibles y trabajamos exactamente con esa lógica. Digo "trabajamos" porque entre las múltiples tareas que desempeño en el Ministerio de Economía y Finanzas, también me toca coordinar con el Ministerio de Salud Pública el tema del Fondo Nacional de Recursos.

Así como hay protocolos para determinar qué solicitudes de práctica tienen que ser o no financiadas por el Fondo Nacional de Recursos -lo que ayuda a racionalizar el asunto-, también hay controles de calidad de las técnicas. Es más: hay técnicas que si no tienen los resultados a la vista no se pagan, aunque hubieran sido autorizadas. Es decir que hay controles de calidad de las instalaciones, de los procedimientos, de los insumos y de los resultados. Por supuesto que todo sistema -sobre todo cuando implica controles- es perfectible, y compartimos la orientación que plantea el señor Diputado Trobo. De todas maneras, creemos que estamos en el buen camino y quiero enfatizar que no ha habido una sola intervención de medicina altamente especializada que se haya dejado de hacer por razones financieras, por lo menos en lo que va de esta Administración.

Hay un único punto que quería agregar a partir de la intervención original del señor Diputado Trobo. La aclaración de si esto es un impuesto o una contribución, ya la hizo el señor Diputado Asti; ese era uno de los puntos que tenía planteado.

En cuanto a los porcentajes planteados en el proyecto de ley para el financiamiento del sistema, debo decir que no lo financian todo. Reitero que hay un déficit que es cubierto por Rentas Generales -hay un esfuerzo fiscal en ese sentido-, que tal como está planteado el funcionamiento del sistema, implica que si se dan los procesos previstos, el costo por usuario a nivel de ASSE va a mejorar sustancialmente. Relaciono este punto con lo que se planteaba con respecto a apuntar a una mayor equiparación y no a una discriminación entre lo que pudiera ser la atención en el sector privado y en el sector público. En este sentido hacemos estimaciones un poco gruesas de cómo pueden ser los procesos, porque habría que adivinar qué porcentaje de usuarios actuales de ASSE van a pasar a las mutualistas y algunas otras variables que deberíamos estimar. Pero algunas estimaciones que entendemos bastante razonables nos indican que, por ejemplo, en estos próximos dos años, la mejora en lo que sería la cápita implícita promedio en ASSE estaría cercana al 50%. Es decir, tomando en cuenta el presupuesto de ASSE, las partidas previstas a nivel presupuestal en todo el proceso de descentralización y lo que sería la remuneración por cápitas que el FONASA debiera hacer cuando la gente "opte" -entre comillas-, con ciertos supuestos razonables en ese sentido, el sistema estaría reacomodándose, al reducirse sustancialmente la cantidad de usuarios de ASSE y la cápita promedio por usuario; además, ese aumento presupuestal, estaría incrementándose en un orden cercano al 50%. O sea que las condiciones de atención del usuario en ASSE también deberían estar mejorando de manera muy sensible.

SEÑOR TROBO.- Yo no hice esa pregunta; consulté sobre cómo estaba financiado el proyecto al principio y cómo se financia ahora, que es sustancialmente diferente en cuanto a los aportes de los impuestos que se pagan.

Se me dice que a ASSE le va a corresponder más por cada usuario. Es evidente -ayer lo dijeron representantes de algunas mutualistas- que este proyecto da un gran apoyo al sector mutual y hay dos mutualistas que se supone van a recibir una gran cantidad de cápitas por la fuga de beneficiarios de Salud Pública. Si se fuga gente hacia el sector privado, Salud Pública va a mejorar la cápita, pero no quiere decir que vaya a mejorar los servicios porque su componente de la estructura de costos va a seguir siendo el mismo, va a seguir pagando los mismos funcionarios y va a seguir teniendo los mismos edificios. Probablemente pueda comprar un poco más de medicamentos o pueda tener alguna tecnología mejor, pero hay una serie de costos fijos que va a seguir manteniendo y va a tener que seguir pagando.

Yo pregunté otra cosa. Quiero saber cuál es el volumen de recursos que se va a percibir por parte de este impuesto y de las contribuciones que harán los patrones, y cuánto más van a contribuir los trabajadores con respecto a lo que aportan hoy. Se ha hablado de 70:000.000 u 80:000.000, pero no hay una cifra exacta. Creo que tiene que haber algún trabajo al respecto, salvo que esa modificación del porcentaje de aportes de los trabajadores, que se hizo en un plazo de veinticuatro horas, se haya hecho simplemente con un criterio de estimación y no tenga ningún sustento. No sé si el señor Ministro interino tiene los datos aquí, pero son importantes.

SEÑOR MINISTRO INTERINO DE ECONOMÍA Y FINANZAS.- Olvidé contestar esa pregunta al referirme a los costos en general.

Nuestra estimación de recaudación con respecto al 3% adicional para trabajadores públicos y privados, que financiaría la cobertura de los hijos menores de 18 años, está en el orden de los US$ 80:000.000 anuales. Eso

no quiere decir que los trabajadores vayan a pagar US$ 80:000.000 más; de ninguna manera. Esto sustituye el pago de cuotas mutuales y, además, seguramente financiará muchas más prestaciones a niños y adolescentes que las que financia hoy.

Con respecto al conjunto del sistema, insisto en que esta recaudación no financia el sistema, sino que se sigue manteniendo un déficit importante que es cubierto con esfuerzo fiscal; en el año 2008 se incorporaría lo que estaba planteado originalmente, más los colectivos que se fueron agregando en la discusión del proyecto en la Cámara de Senadores, llegándose a una cifra del orden de los US$ 91:000.000, que va a crecer levemente, año tras año, en la medida en que se van a seguir incorporando colectivos que requieren subsidios. Nos referimos a lo que sucederá cuando los trabajadores se conviertan en jubilados y a la incorporación de cónyuges y concubinos de manera gradual, así como a otros colectivos que está planteado que se incorporen en los próximos años.

Esas serían las cifras de recaudación estimadas que, reitero, no implicarán necesariamente un pago adicional por parte de los trabajadores. Es más: muchos trabajadores, sobre todo aquellos que con un ingreso no muy alto hoy hacen el esfuerzo de pagar cuotas mutuales para sus hijos, se verán beneficiados porque la aplicación de los porcentajes previstos en el proyecto de ley sobre sus ingresos -como ya vimos en ejemplos numéricos anteriores- no llega a cubrir el costo de las cuotas mutuales que eventualmente estuvieran pagando en el día de hoy. Reitero que esos US$ 80:000.000 de recaudación no implican, necesariamente, un costo adicional para el conjunto de trabajadores públicos y privados.

En términos generales, el sistema mantiene un déficit significativo, cubierto por un esfuerzo fiscal en los montos comentados.

SEÑOR TROBO.- Simplemente, quiero hacer una puntualización.

Cuando el economista Olesker concurrió a esta Comisión se refirió a un monto de aporte de Rentas Generales sensiblemente inferior a los US$ 91:000.000.

SEÑOR POSADA.- La cifra manejada por el Director General de Secretaría del Ministerio de Salud Pública fue US$ 76:000.000 como aporte de Rentas Generales. Ya que se va a aclarar esto, quiero saber si los US$ 80:000.000 corresponden al incremento del 3% y del 1,5%.

SEÑOR MINISTRO INTERINO DE ECONOMÍA Y FINANZAS.- Contestando la última pregunta, efectivamente, ya está estimado el aporte diferencial de aquellos que tienen a su cargo hijos menores de 18 años o no; o sea, ya está incorporado el hecho de que algunos aportan un adicional de un 3% y otros de un 1,5%. Precisamente, la diferencia con el proyecto original es el pasaje del 3% a 1,5% para aquellos que no tienen hijos menores de 18 años a cargo, que implica los US$ 24:000.000 que debe agregar Rentas Generales a los US$ 52:000.000 originales, lo que da US$ 76:000.000, cifra que maneja correctamente el economista Olesker. Se trata del costo original que tenía el proyecto de ley, más los US$ 24:000.000 que Rentas Generales sustituye por ese diferencial del 1,5%; US$ 52:000.000 más US$ 24:000.000 da US$ 76:000.000.

Pero en el tratamiento de este proyecto en el Senado se agregaron dos criterios para el año 2008: la incorporación de los jubilados patrones, no dependientes, que ganan menos de 2,5 BPC y que viven en hogares con ingresos bajos, lo que tiene un costo adicional de US$ 2:500.000 en términos de subsidio, y el mantenimiento del beneficio, con subsidio, de los trabajadores que se empiezan a jubilar. Se da continuidad a los derechos como integrantes del FONASA a aquellos trabajadores que pasan al sistema de seguridad social y se mantienen aportando a dicho Fondo en los mismos términos que lo hacían anteriormente, lo que implica en términos netos un subsidio por parte del Estado que estimamos que para el año 2008 será de US$ 13:000.000 adicionales; crecerá anualmente.

Por lo tanto, los US$ 76:000.000 que se manejaron, más los US$ 2:500.000 que implican los jubilados patrones de bajos ingresos y los US$ 13:000.000 que costará mantener en el FONASA a los activos que se van jubilando nos dan la cifra de US$ 91:500.000. Estimamos que estas serán las cifras más o menos cierta del aporte de Rentas Generales.

Hay otras cifras que son más contingentes y tienen que ver con gente que debe hacer opciones. Por ejemplo, hay aproximadamente ochenta mil jubilados y pensionistas que tienen derecho a opción y aún no lo han ejercido; su opción puede implicar un incremento del subsidio, porque desde el punto de vista del esfuerzo fiscal cada jubilado equivale aproximadamente a unos US$ 1.000 anuales, teniendo en cuenta que su cápita es muy alta y que su aporte es relativamente bajo con respecto a la cápita. Entonces, debido a estos ochenta mil jubilados y pensionistas, dependiendo de la cantidad que opten por el Sistema -derecho que tienen por leyes anteriores y no por algo que esté en este proyecto de ley-, se incrementaría el aporte de Rentas Generales para el año 2008.

SEÑOR GANDINI.- Varias de las preguntas que deseaba formular ya fueron respondidas, pero me quedan dos.

En primer lugar, quiero saber cómo califica el Ministerio el aporte que se va a hacer a la salud por parte de los trabajadores y de las empresas; aporte que ya no se hará a la seguridad social sino al Fondo Nacional de Salud. Quiero saber, a juicio del Poder Ejecutivo, cuál es la naturaleza jurídica de este aporte; si lo considera un impuesto o si tiene otra naturaleza jurídica, y en qué lo fundamenta.

En segundo término, quiero conocer la opinión del Poder Ejecutivo con relación a la entrada en vigencia de esta norma. Se supone que a mediados del próximo mes el Parlamento la tendrá aprobada; el plan de la Cámara de Representantes abarca hasta final de la primera semana de noviembre y luego el proyecto deberá volver al Senado, por lo que podemos suponer que a mediados de noviembre el Poder Ejecutivo dispondrá de la norma aprobada, correspondiendo luego la reglamentación e instrumentación. La experiencia que tuvimos con la Reforma Tributaria dio la razón al Parlamento cuando en el debate la oposición expresó que el 1º de enero no podría entrar en vigencia; lo hizo seis meses después de lo previsto, con una ley que tuvimos que sacar al galope. Luego de que entró en vigencia, durante un buen tiempo continuaron saliendo decretos reglamentarios de una Reforma que, es cierto, es bastante más compleja que esta en cuanto a su implementación, pero esta también lo es. Se supone que a mediados de diciembre las empresas tendrán que comenzar a prever los descuentos y los aportes de los sueldos que liquidarán los primeros días de enero. Para ello deberán estar vigente la reglamentación, una serie de instructivos, declaraciones y formularios que deberán llenar los contribuyentes de este impuesto. Habrá situaciones complejas de determinar como, por ejemplo, los concubinatos que están cubiertos y los hijos que están dentro de esa relación concubinaria; se deberá determinar a cargo de quién están y, por lo tanto, quién puede cubrir con su empleo esa prestación. Puede darse el caso de niños que tengan que ir a Salud Pública porque están a cargo de quien no tiene trabajo; si están a cargo de quien lo tiene, estarán cubiertos. Hay situaciones complejas que la reglamentación tendrá que ir determinando y que luego deberán instrumentarse.

El 1º de enero es la entrada en vigencia y queremos preguntar hoy si el Poder Ejecutivo está seguro de que con el plan que hay a la vista, bastante previsible -porque la mayoría parlamentaria así lo ha definido y parece que se va a cumplir-, el tiempo es suficiente, porque creo que no es bueno legislar a último momento. Si hay que cambiar la fecha, habría que hacerlo ahora. De lo contrario, suponemos que se cumplirá con la previsión.

SEÑOR MINISTRO INTERINO DE ECONOMÍA Y FINANZAS.- En cuanto a la naturaleza del aporte de los trabajadores, compartimos lo manifestado por el señor Diputado Asti, quien, incluso, leyó claramente las definiciones del Código Tributario. Compartimos totalmente que este aporte no es un impuesto por las razones esgrimidas.

Con respecto a la fecha de entrada en vigencia, el Poder Ejecutivo -que está trabajando de manera absolutamente coordinada con el Banco de Previsión Social, que es el que va a operar en la administración del sistema- es totalmente optimista en cuanto a que el sistema pueda implementarse a partir del 1º de enero. Por supuesto, esta también es una reforma compleja y, a veces, uno no puede prever toda la casuística de temas pequeños que van apareciendo a medida que comienza la implementación. Básicamente, hay que echar a andar el sistema y somos optimistas respecto a que es factible hacerlo en el mes de enero de manera satisfactoria. Seguimos trabajando con el Ministerio de Salud Pública y con el Banco de Previsión Social con el horizonte de comenzar a implementar el nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud a partir del 1º de enero.

SEÑOR GANDINI.- El señor Ministro decía que no es un impuesto. Mi pregunta es qué es, cómo lo califican, cuál es la naturaleza jurídica de este aporte. Así podremos estudiarlo y ver si coincide con la teoría en esta materia.

SEÑOR MINISTRO INTERINO DE ECONOMÍA Y FINANZAS.- Los análisis jurídicos que respaldan el planteo siguen la tesis de que esto no constituye un impuesto sino una contribución especial a la seguridad social.

SEÑOR GANDINI.- Pero no es más a la seguridad social.

SEÑOR MINISTRO INTERINO DE ECONOMÍA Y FINANZAS.- Es verdad que no es más a la seguridad social, pero tiene naturaleza análoga a una contribución especial. Además, eso es lo que va a permitir que todo el esquema de fiscalización y control pueda operarse de manera análoga.

De todos modos, es algo que tanto a nivel parlamentario como jurídico podrá seguir discutiéndose. En principio, esta es la visión que tenemos en el Ministerio de Economía y Finanzas.

SEÑOR MUJICA.- Como reflexión previa quiero señalar que, evidentemente, cuando comienza un proceso de cambios, en la medida en que es un proceso y que las posibilidades que tenemos de subsidiar son limitadas, lo que queda sin cambiar es lo que queda esperando. Pero lo que queda sin cambiar no se crea a partir de que se vota la ley; es lo que tenemos. Es una realidad que hay uruguayos que a los dieciocho años no tienen trabajo y que sus familias no les pueden pagar su cuota mutual y, lamentablemente, no podemos cambiar todo al mismo tiempo.

Por otra parte, también es una realidad de hoy -y esto sí lo vamos a empezar a cambiar- que los uruguayos que hoy se atienden en Salud Pública no tienen atención de salud; tienen una atención de enfermedad, que es algo muy distinto. Cuando se enferman van a Salud Pública. Eso no es igual a estar cubierto por un seguro que atienda el estado de salud, que no sea solo un recurso cuando tienen un problema, una enfermedad o una emergencia.

Quiero hacer otra observación. Cuando se votó la reforma tributaria, en el IRPF planteamos deducciones por el tema de la salud; en particular, por los hijos menores de dieciocho años hay una deducción de unos $ 900 -una cuota mutual- y los jubilados tienen una de $ 1.600. A eso hay que incorporarlo en la discusión o, al menos, en la valoración del esfuerzo que se está haciendo en este momento para implementar este sistema.

Mi pregunta apunta a saber si hay una estimación del Ministerio respecto a los costos globales de los subsidios, de los actuales y de los ulteriores a medida que se integren nuevos colectivos. Quisiera saber si hay estimaciones al respecto y si se pueden manejar.

SEÑOR MINISTRO INTERINO DE ECONOMÍA Y FINANZAS.- La cifra que manejamos es de un subsidio global del entorno de los US$ 91:000.000 para el 2008. A partir de entonces, se incorporarán nuevos colectivos que implican subsidio. Ya comentamos que si cuando se jubilan los activos se mantienen dentro del sistema, se generaría un costo adicional anual de US$ 13:000.000. La incorporación de cónyuges y concubinos a través de un esquema gradual en función del número de hijos, a partir del año 2010 generará costos por subsidio, que estimamos de manera gruesa en el entorno de los US$ 20:000.000 a US$ 40:000.000 entre el 2010 y el 2013. Por tanto, estos US$ 91:000.000 del 2008 constituyen el piso, pero la cifra irá creciendo cada año. Por ejemplo, para el 2009 serían casi US$ 105:000.000 y para el 2010, US$ 136:000.000. A partir del 2011 seguirá creciendo por la incorporación de los cónyuges, hasta el 2013, cuando estaríamos en el entorno de los US$ 285:000.000 de subsidio para el Sistema Nacional Integrado de Salud por parte de Rentas Generales.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- Más allá de la pregunta inicial del señor Diputado Posada y las contestaciones del señor Ministro interino -que aclararon mucho-, creo que es necesario, aún en la redundancia, reiterar algunas cosas que me parece que debemos tener claras para hacer una interpretación.

Se están creando por ley -en la ley presupuestal y ahora estamos integrándolos en otro proyecto- dos institutos: el Sistema Nacional Integrado de Salud y el Seguro Nacional de Salud. En el Sistema Nacional Integrado de Salud entran absolutamente todos los uruguayos, porque esa es la definición. El Sistema Nacional Integrado de Salud coordinará la atención pública y privada y dará integralidad a la misma, y desde el momento de su creación todos los uruguayos vamos a estar dentro del sistema con el mismo tipo de asistencia. |11:34:01| Ese es el objetivo; estarán en lo público o en lo privado. Para resolver el problema de la equidad se crea una financiación a través del seguro y del Fondo Nacional, que es otra cosa.

El objetivo final es que el seguro financie a todos los uruguayos; por ahora, eso no se ha podido hacer en función de los recursos disponibles. En esta primera etapa del seguro, de la financiación, entran un millón y medio de uruguayos, que optarán por lo público o por lo privado. Queda otro millón y medio de uruguayos que no están en el seguro pero sí en el sistema; unos van a seguir en el sistema privado pagando la cuota de su bolsillo y en el caso de los que están en Salud Pública, será esta con su presupuesto la que financiará su asistencia; pero no va a haber diferencias en la asistencia. Es más: estamos tratando -y vaya si estamos haciendo esfuerzos en ese sentido- de que la asimetría que ahora existe entre lo público y lo privado vaya desapareciendo cada vez más. No nos olvidemos de que aumentamos el presupuesto de Salud Pública de US$ 180:000.000 a US$ 320:000.000. No nos olvidemos de que aumentamos las inversiones en un 300%. No nos olvidemos de que se volcaron más de US$ 60:000.000 en sueldos. ¿Qué estamos haciendo con eso? Mejorando el sistema público, para que quien opte por él pueda tener la seguridad de contar con una asistencia digna, y en su momento se va a llegar a eso.

Me parece que eso es lo que debemos tener claro. En esta primera instancia es factible que haya un trasiego al sector mutual. También es cierto que ese trasiego va a ser de los 120.000 usuarios que se fueron del sistema privado al público, por la crisis, y que ahora van a volver. Entonces, en ese esquema tenemos que interpretar lo que planteaba el señor Diputado Posada con respecto a que los que no están en el seguro pero sí en el sistema van a pagar la cuota de su bolsillo en el sector privado. Si eso es o no justo, será un tema de discusión. Yo creo que, en definitiva, es la única posibilidad que existe de que no se pierdan los derechos. Y se sigue pagando una cuota promedio, porque si vamos al valor de las cápitas vemos que oscilan entre $ 450 y $ 2.200.

A mí me pareció muy interesante -porque salió de la discusión- lo que manifestó el Ministro interino Bergara con respecto a estudiar la posibilidad de que en ese rango de 18 a 21 años se introduzca la cápita. Es un anuncio del cual me complazco, porque me parece que contempla las inquietudes planteadas por legisladores en el sentido de que, a pesar de que la mayoría de edad es lo que está marcando el límite, puede haber un rango entre 18 y 21 años que merezca un tratamiento especial. El argumento esgrimido con respecto a los 21 años y a las pensiones es cierto; a mí se me había escapado. Entonces, me parece que lo planteado por el señor Subsecretario es una solución que merecería ser estudiada. En función de los tiempos que estamos manejando, en las próximas veinticuatro o cuarenta y ocho horas deberíamos tener una definición al respecto, que si es factible daría al seguro -no al sistema- más equidad.

SEÑOR GARCÍA.- Quiero corroborar si anoté bien unas cifras. El costo fiscal de la inclusión de los nuevos colectivos -eso fue algo que dijo recién el Ministro interino- a partir de 2010, concretamente de los cónyuges, estaría entre US$ 20:000.000 y US$ 40:000.000.

SEÑOR MINISTRO INTERINO DE ECONOMÍA Y FINANZAS.- Aquí se plantea que desde 2010 a 2013 se van incorporando cónyuges y concubinos de activos, en principio, que tengan más de tres hijos y luego, dos hijos, un hijo y sin hijos. Ese es el corte que da la gradualidad. Los costos adicionales estimados para el período 2010-2013 son: US$ 19:000.000 en 2010; US$ 32:000.000 en 2011; US$ 37:000.000 en 2012, y US$ 40:000.000 en 2013. Eso, que se va acumulando, sumado a los US$ 13:000.000 que costaría en términos de subsidio el hecho de que los activos que se vayan jubilando se mantengan dentro del seguro, es lo que lleva a que el costo fiscal que en 2008 sería de US$ 91:000.000, en 2013 llegue al orden de los US$ 285:000.000.

SEÑOR GARCÍA.- Quiero hacer tres preguntas breves.

La arquitectura de la recaudación de este proyecto está basada en la instalación de este impuesto del 6% que, al mismo tiempo, tiene como contrapartida el ingreso de los hijos menores de 18 años -que, según datos del

Instituto Nacional de Estadística, más del 70% se atienden en Salud Pública- y la posibilidad de que tengan cobertura mutual. Aun teniendo este mismo beneficio desde hace muchos años -como refería el señor Ministro interino-, los jubilados más humildes, los que tienen ingresos inferiores a $ 4.200, no optan por la mutualista. ¿Por qué va a ser efectiva esa opción en el caso de los menores de 18 años? De no ser así -como tememos que va a suceder-, la familia pasaría a tener un impuesto a la salud del 6% y ningún beneficio, porque si siguen atendiéndose en Salud Pública -como suponemos que va a suceder en la inmensa mayoría- pagarían por algo que no van a recibir. ¿Cuál es el razonamiento que lleva a pensar que en un sector se va a hacer la opción cuando en otro no se hace?

SEÑOR MINISTRO INTERINO DE ECONOMÍA Y FINANZAS.- Es una pregunta lógica. Efectivamente, la mayoría de los niños de este país, más de un 50%, se atiende en ASSE, un 31% en mutualistas y el resto se distribuye entre otros sistemas.

La idea es la siguiente. ¿Cuál es el estado de situación de los jubilados de bajos ingresos? De unos 130.000 jubilados que pudieron optar en su momento, aproximadamente unos 50.000 lo hicieron por el sistema mutual. |12:15:47| Cuando dijimos que había 80.000 pendientes hacíamos referencia a jubilados que, en su momento, no optaron por el sistema mutual. La razón básica es el tema de los copagos. Para impulsar un mayor pasaje de jubilados al sistema mutual, el BPS negoció con las mutualistas algunos beneficios en materia de copagos, lo que ha hecho que algunos miles más estén pasando en los últimos tiempos. Grosso modo, podemos decir que la cifra estuvo cerca de la mitad.

En primer lugar, hay que revisar la estructura previa de copagos, en los términos y en la lógica que mencionábamos en una intervención anterior. Los copagos no pueden tener una lógica recaudatoria. Son elementos que tienen que ser esencialmente moderadores, reguladores, para evitar abusos en los consumos y en las demandas. Cuando no había copagos la gente tenía una farmacia en su casa, lo que es totalmente ineficiente y hace al sistema absolutamente costoso. Entonces, hay que eliminar los copagos que tienen que ver con técnicas que deben hacerse sí o sí y que no son de demanda que se pueda inducir, pero también racionalizar el costo de otros copagos que sean más estandarizados, para que no sean elementos de recaudación sino de regulación y moderación de la demanda.

Lo que está claro es que el peso de los copagos en el colectivo de los jubilados es mucho mayor, en la evaluación, que lo que puede ser el peso en niños y adolescentes. Por algo las cápitas tan distintas. Los factores de riesgo son sustancialmente diferentes. No tengo las cifras aquí, pero podemos decir que la cápita de un jubilado es cuatro veces mayor que la de un niño. Eso tiene que ver con las expectativas que se tienen con respecto a la utilización del sistema mutual. En ese sentido, la expectativa de tener que pagar tiques y órdenes para los niños es cuatro veces menor que para los jubilados. Aun cuando en el caso de los jubilados la opción fue casi mitad y mitad, entendemos que a nivel de niños el porcentaje va a ser sensiblemente mayor. La razón principal por la cual los jubilados no pasaron totalmente al sistema mutual fue sobre todo el tema de los copagos. Reitero que las expectativas de utilización efectiva del sistema en un niño, si las cápitas lo reflejan bien, serían la cuarta parte que lo que se espera por parte de los jubilados.

Esas consideraciones sobre el impacto de los copagos en el colectivo niños y adolescentes tendría que pesar mucho menos.

SEÑOR GARCÍA.- El razonamiento que hace el señor Ministro interino es válido, pero también lo es el exactamente inverso. Es verdad que el peso de los copagos en una persona más enfermable -para decirlo en términos más intendibles- es más costoso que en un niño. Pero vayamos al razonamiento inverso. ¿Por qué un padre o una madre tienen que pagar un impuesto por un servicio que no van a usar? Van a pagar un impuesto del 6%, cuando la posibilidad de enfermarse de un niño es ínfima, salvo excepciones que no hacen a la regla general. En la medida en que van a pagar un impuesto del 6% por un servicio que no van a usar, el peso de ese servicio se transforma en algo oneroso. El padre de un niño que casi no se enferma va a pagar más, cuando sabemos que en la enorme mayoría de los casos el médico que lo atiende es exactamente el mismo en la esfera pública y en la privada, lo atiende con la misma profesionalidad y utiliza las mismas indicaciones. La diferencia es que cuando se agarra alguna enfermedad de temporada, en el hospital tiene el medicamento gratis y en la mutualista va a tener que pagarlo. Al estar enfermo va a tener costos agregados, pero durante todo el período el padre o la madre van a pagar un impuesto del 6% por un servicio que no va a utilizar. En definitiva, lo que va a suceder

es que al poner un impuesto la contrapartida implica la eventualidad de pasar a tener una cuota mutual gratuita por un servicio que no van a usar. Esto termina siendo muy caro para los padres.

Es tan legítimo lo que dice el señor Ministro interino como lo que sostenemos nosotros. Estamos convencidos de que este va a ser el resultado, no porque lo hagamos a partir de la pantalla de una computadora sino porque vivimos el sistema de salud y sabemos que estos son los resultados. Esto se ve mucho más en el interior que en Montevideo, donde la atención es mucho más directa y personalizada. La conclusión es que van a tener un derecho que no van a poder utilizar y por el cual van a pagar. En el caso de los jubilados termina siendo así.

El señor Ministro interino lo debe saber mucho mejor que yo, pero hace dos meses, a partir de la creación del FONASA, se hicieron convenios para tentar -lo digo en buenos términos- a los 80.000 jubilados que, teniendo derecho a la cuota mutual gratuita hace años, no se asisten en la mutualista sino en los hospitales, por el peso del valor de los tiques. Se les dio dos tiques a mitad de precio y algo más, pero en dos meses solo el 3% optaron por la mutualista, menos de 2.000; o sea que no son miles. El problema es que si le mandan medicamentos para la diabetes o para la presión y se tiene que hacer alguna placa, termina por dejar la jubilación en la ventanilla de la mutualista. Entonces, a pesar de tener un derecho no puede hacer uso de él, debido a los copagos.

La última pregunta es sobre el costo de las cápitas. Salvo en versiones taquigráficas de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social, que no integro pero de la que he participado, en ocasión de la visita de la señora Ministra de Salud Pública con el economista Olesker -que es quien maneja los números- se dijeron los precios que después todos repetimos. Se habló de $ 400 más $ 45 de premio por meta cumplida, que se da entre los 20 y los 44 años. Reiteradas veces hemos preguntado cómo se llegó a esos costos. Se nos contestó por parte de las autoridades del MSP que se llegaba a través de información que brindan las propias mutualistas, que se recogía frecuentemente por el Sistema Nacional de Información. Me tomé el trabajo de preguntar a las distintas agremiaciones mutuales cómo habían llegado a esos costos. No puedo revelar las fuentes de información, pero hablé con todas y nos dijeron que no habían hablado de costos. Les expliqué que la información que había vertido el economista Olesker, del Ministerio de Salud Pública, y que todos repetimos, fue que ellos eran la fuente de información por la cual se había llegado a esos $ 445 en una edad y $ 700 en otra. Nos dijeron que eso era imposible, porque no habían remitido ninguna información global. Nos dijeron que la información que brindaban era, por ejemplo, que tal institución gasta alrededor de 50% en salarios, entre 15% y 20% en medicamentos, otro tanto para mantenimiento edilicio, compra de materiales, etcétera. También nos dijeron que para ellos era imposible saber cuánto de eso se traslada a un socio que tiene, por ejemplo, 37 años.

Como nunca tuvimos respuesta por parte del Ministerio de Salud Pública, quizás el Ministerio de Economía y Finanzas tenga la respuesta de cómo se fijaron los costos de las cápitas según los tramos etarios. Los que dicen que brindaron información me comentaron que no lo podían hacer porque no la tienen desagregada. Entonces, deseo saber si el Ministerio de Economía y Finanzas tiene la fórmula por la cual se llegó al costo de las cápitas.

SEÑOR MINISTRO INTERINO DE ECONOMÍA Y FINANZAS.- Obviamente, el señor Diputado García puede tener la interpretación inversa. La vida dirá y dirimirá al respecto. En ese sentido, somos optimistas. Además, el hecho de que se incorpore un subsidio público importante para las personas de menores ingresos constituye un grado de justicia; por otra parte, también se basa en una lógica de solidaridad porque los que tienen hijos y no utilizan las mutualistas aportan un 3% y los que no los tienen, un 1,5%. Esto forma parte de la filosofía del sistema, que puede ser compartida o no. A su vez, hay que recordar que se puede optar por las mutualistas, pero también por ASSE. Entonces, al optarse por ASSE, la cápita reforzará su presupuesto. En realidad, lo que se transfiere a ASSE es la diferencia entre la cápita y la cápita promedio implícita en su presupuesto.

Precisamente, con respecto a las cápitas, quien ha desarrollado ese trabajo ha sido el Área de Economía de la Salud del Ministerio de Salud Pública. Pero entiendo que no es que se les pregunte a las mutualistas cuánto gastan por tipo de usuario. En general, se han utilizado indicadores, por sexo y por edad, que determinan una cierta cápita promedio. Creo que los datos de costos globales se toman en cuenta a efectos de fijar lo que sería la cápita promedio y, a través de índices que estarán basados en un análisis de carácter técnico dentro del terreno de la medicina, dicha cápita se abre en función de las variables de sexo y edad.

Además, es claro que esto no está incorporado en el proyecto de ley desde el punto de vista cuantitativo. Constituirá también un trabajo posterior a nivel de la Junta Nacional de Salud y del Poder Ejecutivo pues quien define estos montos es el Poder Ejecutivo en acuerdo con los Ministerios de Salud Pública y de Economía y Finanzas.

SEÑOR ASTI.- Deseo formular algunas precisiones que me gustaría que, de ser posible, fueran reafirmadas por las autoridades del Ministerio de Economía y Finanzas porque, tanto hoy como en días anteriores, se han expresado en Sala algunas dudas respecto al contenido del texto.

En primer lugar, reitero que los aportes previstos en el propio texto del artículo 61 constituyen una contribución especial de acuerdo con el artículo 13 del Código Tributario.

En segundo término, también se ha manifestado que no se ha cumplido con el cronograma de incorporación de funcionarios públicos, presentado originariamente. En el artículo 68 queda claro qué funcionarios públicos están incluidos a partir del 1º de enero de 2008, con las excepciones de los funcionarios de los Ministerios del Interior y de Defensa Nacional, y cómo impacta en el ingreso al seguro.

En tercer lugar, otra de las cosas que me gustaría que fueran reafirmadas por las autoridades del Ministerio de Economía y Finanzas es una imposible interpretación del artículo 61 en contradicción con el artículo 69 con respecto a las Cajas de Auxilio. Claramente, el artículo 61 establece: "El Estado y las empresas privadas, aportarán al Fondo Nacional de Salud un 5% (cinco por ciento) del total de las retribuciones sujetas a montepío que paguen a sus trabajadores amparados por el Seguro Nacional de Salud [...]". Queda claro que el Estado y las empresas privadas aportarán por los trabajadores amparados por el Seguro Nacional de Salud. En el artículo 69 se expresa: "Los trabajadores comprendidos en el régimen de Cajas de Auxilio [...] y aseguren a sus beneficiarios cobertura integral de salud en un nivel no inferior al establecido por la presente ley, se incorporarán al Seguro Nacional de Salud no más allá del 1º de enero de 2011". O sea que hasta que no estén incorporados al Sistema Nacional de Salud, obviamente, los patronos no tendrán por qué pagar el aporte correspondiente y se seguirán rigiendo por las disposiciones legales y reglamentarias que son aplicables, como también lo establece el artículo 69.

Quería hacer estos comentarios porque se generaron expectativas negativas a los funcionarios de las Cajas de Auxilio e, inclusive, a los de la Unión de la Mutualidad que ayer estuvo acá presente. Entonces, que quede absolutamente claro que allí no hay contradicción posible.

Por otra parte, el señor Diputado preopinante volvió a utilizar el término "impuesto" al hacer referencia a los aportes sobre los hijos. Él decía que realmente se va a pagar un impuesto, pero reitero que no es un impuesto sino una contribución especial que tiene el carácter de seguro, en este caso, vinculado a la enfermedad y, a su vez, tiene una relación -me extrañan estos comentarios porque lo hemos estado conversando dado que se trata de parte de la filosofía de esta reforma de la salud- con el cambio en el modelo de atención, que pasa de ser curativo a preventivo. Además, cuando hay pagos específicos al sistema privado por metas asistenciales -en el cual se darán los controles-no puede decirse que los padres van a pagar por algo que no reciben porque, entre otras cosas, van a estar incorporados a un sistema de prevención que no es el que se tiene actualmente.

Con respecto a los copagos, ¡por supuesto que son una dificultad! Son una dificultad de acceso a la salud que encontró esta Administración y que está intentando cambiar ya que fueron utilizados como una forma de financiamiento por parte de algunas entidades mutuales; pero, inclusive, hay una gran diferencia entre unas y otras con respecto al porcentaje de copagos en sus ingresos; habiendo definido a qué población se atendía, a través de los copagos se determinaba quiénes tenían acceso al sistema.

Esta reforma constituida por varias leyes pretende por primera vez empezar a atacar los problemas de accesibilidad al sistema de salud.

SEÑORA CHARLONE.- ¿Se sabe cuántos menores de dieciocho años están afiliados al sistema mutual?

SEÑOR MINISTRO INTERINO DE ECONOMÍA Y FINANZAS.- El 31% de los niños y adolescentes menores de dieciocho años está afiliado al sistema mutual.

Deseo hacer un comentario de reafirmación de lo que planteaba anteriormente el señor Diputado Asti. Obviamente, coincidimos con los aspectos de interpretación referidos a la naturaleza del aporte, a la incorporación de los públicos y al hecho de que no existe contradicción con respecto al tema del ingreso de las Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales, pero queremos enfatizar que eso va a ser así en la medida en que éstas aseguren a sus beneficiarios una cobertura de salud no inferior a la determinada por el sistema general.

SEÑOR TROBO.- A raíz de un análisis que se hacía sobre el Impuesto a la Renta de las Personas Físicas y de este impuesto a la salud voy a hacer una pregunta específica. Las deducciones por atención médica o pago de salud que tienen los sujetos pasivos del Impuesto a la Renta cuando tienen hijos menores de dieciocho años, ¿se van a mantener cuando se ingrese al régimen de pago de este impuesto a la salud que se está creando?

SEÑOR MINISTRO INTERINO DE ECONOMÍA Y FINANZAS.- Hay dos tipos de deducciones asociadas a esto. Uno de ellos es el aporte al FONASA que opera como una deducción en el Impuesto a la Renta de las Personas Físicas. Además, hay una deducción ficta por el número de hijos, que está en el orden de los $ 900, como decía el señor Diputado Mujica. O sea que esas dos deducciones se mantienen a partir de la vigencia del nuevo sistema.

Hay un beneficio adicional para trabajadores que tenían el pago de mutualista y demás, aparte del salario, porque no solo no se les va a sumar eso para el cómputo del Impuesto a la Renta de las Personas Físicas sino que se va a considerar como una deducción del Impuesto a la Renta de las Personas Físicas. En buena medida, lo que uno puede pensar como un costo adicional en términos de aporte, se ve mitigado de una manera no poco significativa por el impacto que el nuevo sistema de salud tiene sobre el Impuesto a la Renta de las Personas Físicas, por disminuirse el monto imponible y aumentarse el volumen de deducciones.

SEÑOR GANDINI.- Quiero decir algo en relación con la aclaración que hacía el señor Diputado Asti y la reafirmación de la interpretación que se hace de los artículos 61 y 69 por parte del Ministerio, para dejarlo bien claro y estar seguros de lo que se vota. Lo digo porque en oportunidad de la reforma tributaria hubo algunos artículos bien claros que luego el recaudador los interpretó de un modo diferente. Cuando acá votamos el artículo 90 de la reforma tributaria y establecimos que se mantenían las exoneraciones para aquellas instituciones que estaban incluidas en los artículos 5º y 69 de la Constitución, entendimos que estaban todas exoneradas, pero luego no lo estuvieron. Entonces, quiero que esto quede claro.

Las empresas que aportan a las Cajas de Auxilio no deberán aportar el 5% al Fondo Nacional de Salud, en tanto estén vigentes las Cajas de Auxilio. ¿Es exactamente así? Es decir, la norma general que establece que el Estado y las empresas privadas deberán aportar el 5% del salario de sus trabajadores al Fondo Nacional de Salud, pero aquellas empresas para las cuales existen las Cajas de Auxilio o los seguros de coberturas especiales, no deberán aportar el 5%. ¿Esa es la interpretación del artículo 61 combinado con el 69?

SEÑOR MINISTRO INTERINO DE ECONOMÍA Y FINANZAS.- Efectivamente, las empresas no tienen que hacer aportes al Seguro Nacional de Salud mientras no estén integradas al seguro. Por tanto, la interpretación del señor Diputado Gandini es correcta. Si bien no es el ámbito para abrir el debate, corresponde dejar una constancia en el sentido de que la reglamentación respeta absolutamente el hecho de que todas las entidades amparadas en los artículos 5º y 69 de la Constitución mantienen sus exoneraciones por determinación constitucional. Quizás en lo que puede haber discusión es en cuáles son las instituciones amparadas en esos artículos. Pero, reitero, la constancia es que no hay una reglamentación que esté violentando la ley. Podrá haber una discusión sobre la interpretación respecto de qué entidades están efectivamente amparadas o no.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- Quería referirme a algo que me quedó traspapelado en mi intervención anterior y que tenía que ver con la interpretación del artículo 73 en lo vinculado al Fondo Nacional de Recursos.

De acuerdo con el concepto que manejamos respecto del Sistema Nacional Integrado de Salud, la ley dice que los aportes se van a sustituir por una cuota única por cada beneficiario de ese Sistema. Me parece que esta interpretación, en virtud de la redacción, incluye a todos, a todo el universo de usuarios, al universo que está atendiéndose en el Ministerio de Salud Pública, que no está en el seguro y que, por lo tanto, Salud Pública va a tener que pagar por cuota. Entiendo que el criterio que ha manejado, tanto el Ministerio de Salud Pública como el señor Subsecretario, debería apuntar a una rectificación del artículo en el sentido de que en vez de establecer "el Sistema", se disponga "el Seguro". No sé si esa puede ser la interpretación correcta.

SEÑOR MINISTRO INTERINO DE ECONOMÍA Y FINANZAS.- Agradezco al señor Diputado Gallo Imperiale que nos haga notar esto porque en la redacción hubo una confusión entre Sistema y Seguro. En la frase final del artículo 73 se debería hacer referencia al Seguro Nacional de Salud y no al Sistema Nacional Integrado de Salud.

SEÑOR TROBO.- Para que quede constancia escrita desearía que el economista Bergara explicara bien cuál es el criterio de deducciones del Impuesto a la Renta de las Personas Físicas cuando opera el pago del impuesto al Fondo Nacional de Salud. Francamente, me quedaron dudas respecto de cuál es el criterio que se va a seguir en todos los casos, tanto en el de los que tienen hijos como en el de los que no los tienen, de acuerdo con las tasas que paguen.

SEÑOR MINISTRO INTERINO DE ECONOMÍA Y FINANZAS.- Con respecto a las deducciones del Impuesto a la Renta de las Personas Físicas, cabe decir que existe una deducción ficta de un monto predeterminado por el número de hijos menores de dieciocho años. Eso no se altera por este cambio. Además, así como originariamente estaba como deducción el aporte a DISSE, ahora lo que va a estar como deducción será el aporte al FONASA. Por tanto, si alguien va a aportar más al FONASA que a DISSE, va a tener una deducción mayor y, entonces, va a tener un impacto positivo por el lado del Impuesto a la Renta de las Personas Físicas. O sea que operan las dos deducciones acumuladas: el aporte al FONASA es una deducción del Impuesto a la Renta de las Personas Físicas y también lo es el monto ficto por número de hijos menores de dieciocho años.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos la presencia del equipo del Ministerio de Economía y Finanzas.

(Se retiran de Sala el señor Ministro Interino de Economía y Finanzas y sus asesores) |

(Ingresa a Sala el doctor Carlos Delpiazzo)

—— Es un gusto para nosotros recibir al doctor Carlos Delpiazzo.

Queremos dejar constancia de que anteayer recibimos una nota suya que fue leída e incorporada a la versión taquigráfica, haciéndonos conocer su participación en asesoramientos diversos y demás. Esto fue considerado en la Comisión y se entendió por unanimidad que era trascendental conocer su opinión y que eso no era un elemento que impidiera su comparecencia en el día de hoy, si tenía voluntad de hacerlo.

Por lo tanto, agradecemos la presencia de nuestro invitado a quien cedemos el uso de la palabra.

SEÑOR DELPIAZZO.- Señor Presidente: tanto el ánimo de la nota como el de esta comparecencia es el de servir del mejor modo que la Comisión estime que yo la pueda ayudar.

He de ser muy breve en el señalamiento de tres grandes puntos que me parece que marcan este proyecto de reforma del sistema de salud y, por supuesto, más allá de este comentario introductorio, estoy a disposición de los integrantes de la Comisión para responder lo que pueda estar a mi alcance.

Hay tres puntos que en perspectiva jurídica parece más importante examinar. En primer lugar, lo que tiene que ver con las variaciones o modificaciones que aporta este proyecto respecto al conjunto del sistema asistencial. En segundo término, lo relativo al régimen jurídico de la prestación y, en tercer lugar, al sistema al que se incorpora cada habitante.

Comenzando por el primero de estos temas, creo importante recordar que el régimen asistencial imperante en el país nació como una actividad privada en los albores de la nacionalidad y se desarrolló a partir del siglo XIX a influjo de las ideas del mutualismo que trajeron al país los inmigrantes, particularmente los españoles e italianos, imbuidos de la noción de previsión social y del concepto de ayuda mutua. La acción del Estado como tal, sin perjuicio de otros antecedentes más remotos que se fundaron en la filantropía, y a partir de la Constitución de 1830 en la asociación del Estado con la Iglesia, se organiza a partir de 1910 con la creación de la asistencia pública con un estatuto jurídico que en ese momento no podía ser de descentralización, porque la Carta del 30 no la preveía, pero tenía en sí misma elementos propios de la descentralización. Desde entonces, con variantes a lo largo del tiempo, el sistema que ha imperado en la asistencia a la salud en el país ha sido siempre mixto: público y privado.

En el sector público se ha desarrollado una organización tanto centralizada como descentralizada. Si bien hace pocos días ha entrado en vigencia la ley de descentralización de la Administración de los Servicios de Salud del Estado -hasta ahora dependientes del Ministerio de Salud Pública- hay que tener en cuenta que muy importantes servicios asistenciales, como el caso de Sanidad Militar y del Servicio de Asistencia Social Policial, siguen dependiendo del Poder Ejecutivo a través de los Ministerios de Defensa Nacional y del Interior. El sistema descentralizado no está compuesto actualmente solo por ASSE, sino que también la Universidad de la República -a través del Hospital de Clínicas "Doctor Manuel Quintela"- cumple un importantísimo rol asistencial, el Banco de Previsión Social en lo que tiene que ver con su área de la salud, el Banco de Seguros del Estado en lo relativo al seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y sin duda -quienes son del interior o lo conocen bien, lo saben- los Gobiernos Departamentales. También esto se cumple en Montevideo, pero es más evidente en el interior a través de la red de policlínicas en el nivel primario de atención.

También participan de la tarea asistencial varias personas públicas no estatales, como el Fondo Nacional de Recursos, la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular y la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y de Enfermedades Prevalentes.

En el sector privado, la organización actual deriva del Decreto-Ley Nº 15.181, que no ha sido modificado sustancialmente, que distingue entre la asistencia médica privada particular y la asistencia médica privada colectiva. Dentro de la asistencia médica particular se distingue entre aquella de cobertura total y de cobertura parcial, y dentro de las instituciones de asistencia médica privada colectiva, se distingue por la ley, en su artículo 6º entre las asociaciones asistenciales, las cooperativas de profesionales, los servicios de asistencia, las instituciones gremiales y, por agregación posterior del año 2002, otras personas jurídicas de distinto tipo social.

Vean entonces que el sistema siempre ha sido mixto, estatal y no estatal, público y privado. Quizás este es uno de los aspectos en los cuales el proyecto de ley actualmente a estudio de esta Comisión integrada incide de un modo más notorio, porque el articulado del proyecto a examen aporta como característica esencial un marcado fortalecimiento del sector público en detrimento del sector privado asistencial.

Esto no lo digo como un juicio de valor -sería un atrevimiento de mi parte-, sino a partir de disposiciones que están contenidas en el propio articulado. Así, por ejemplo, se establecen restricciones a la autonomía de organización y de gestión de los diversos componentes del futuro sistema. Se excluyen las entidades asistenciales que brindan servicios parciales. Se prohiben formas jurídicas de tipo comercial, societarias en general, para la prestación de servicios asistenciales. Se imponen convenios de gestión para las instituciones que ingresen al sistema. Y el financiamiento pasará a ser casi íntegramente estatal a través de tributos que se crean en esta ley.

De manera que el sistema, de ser público-privado hasta el presente, pasa a ser marcadamente estatal en varios sentidos, porque será estatal la dirección, será estatal el financiamiento y también será estatal la determinación de quiénes ingresan o no al Sistema Nacional Integrado de Salud.

Esto es importante destacarlo porque también históricamente entre nosotros, y claramente desde la década del 50, se ha considerado la asistencia de la salud como un servicio social, y la característica definitoria de los servicios sociales es que su prestación puede ser realizada por los particulares en ejercicio de su propio derecho. Esto se ve claramente en la enseñanza, donde existe la posibilidad de fundar una escuela, un liceo o una universidad, y también en al ámbito asistencial, donde todas las distintas modalidades que actualmente contempla el Derecho Positivo para la organización privada de los servicios asistenciales responde al derecho

de asociación en las distintas formas que prevé el ordenamiento. No ha de ser así en el futuro, porque no solamente determinadas formas jurídicas se prohiben por esta ley, sino que además no se tratará de un derecho de organizarse los particulares en orden a la prestación, sino que esta será en la forma, organización y modos en que lo establezca el Estado. Por eso será dudoso hablar en adelante de un servicio social de asistencia de la salud porque en rigor se parece más a lo que tradicionalmente han sido los servicios públicos, donde su propio régimen es predeterminado por el Estado.

En este sentido, probablemente no es casual que el beneficiario del sistema de salud, el habitante, no se llame más como hasta ahora, paciente o beneficiario, sino que se llame usuario. Hay un capítulo que regula a los usuarios. Hasta ahora, en nuestro Derecho los usuarios no son los beneficiarios de los servicios sociales. No hablamos del usuario del servicio de enseñanza; no hablamos del usuario del servicio de salud. Hablamos, por ejemplo, del usuario del transporte, que tiene un régimen jurídico predeterminado. Es un servicio público y, por lo tanto, el particular, tanto desde el punto de vista activo -es decir, cuando quiere prestar el servicio- como desde el punto de vista pasivo -o sea, cuando lo recibe-, se tiene que poner en la situación que el Derecho predetermina y no ejerciendo una libertad o un derecho propio como ha sido hasta ahora.

Creo que ese es el principal aspecto de modificación que aporta el proyecto de ley del Sistema Nacional Integrado de Salud.

En segundo lugar, quiero expresar las modificaciones que refieren a los prestadores actuales, para tratar de examinar cómo la realidad de hoy va a ser vista luego de vigente el texto si se aprobara tal como fue votado en el Senado. En el sector público excluye a los Gobiernos Departamentales, al Banco de Seguros del Estado, a la Universidad y a la propia ASSE descentralizada a partir del 31 de diciembre de 2009, según surge del artículo 56, al menos parcialmente. Esto no es un aspecto no deliberado, porque en la discusión del texto en la Cámara de Senadores se propiciaron alguna disposiciones aditivas, por ejemplo, para incorporar al sistema a los servicios de primer nivel de atención que cumplen los Gobiernos Departamentales. Esa disposición fue votada negativamente, por lo cual es preciso inferir que los Gobiernos Departamentales están excluidos del sistema, no por omisión o por inadvertencia, sino por deliberada decisión. Tampoco está incorporado el Banco de Seguros del Estado, que como todos sabemos cumple una labor muy importante y exclusiva, porque tiene un monopolio en materia de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales. También citamos a la Universidad de la República.

En el sector público no estatal el único sujeto comprendido y mencionado por la ley es el Fondo Nacional de Recursos, porque evidentemente es necesario cambiar su financiamiento. No se hace ninguna referencia a las demás entidades del sector con esta naturaleza.

Respecto al sector privado, de acuerdo con la Ley de Presupuesto -Ley Nº 17.930- que el proyecto trae porque cita expresamente en su artículo 465, solo podrán integrar el Seguro Nacional de Salud las instituciones de asistencia médica colectiva, así como las instituciones de asistencia médica privada particular sin fines de lucro. Es público y notorio que una gran cantidad de instituciones asistenciales -por ejemplo, las emergencias móviles y los seguros parciales- tienen forma societaria propia del derecho comercial, es decir, están regidas por la Ley Nº 16.060. Respecto a este tipo de instituciones, en el proyecto hay una disposición facultativa a que se incorporen las que ya existen, pero no podrá existir ninguna otra en el futuro, dado que estas formas jurídicas se excluyen.

Además, para ser autorizadas como integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud las entidades privadas que estuvieren interesadas deberán someterse a la previa evaluación de la Junta Nacional de Salud -artículo 14-, suscribir el contrato de gestión que esta proponga -artículo 15-, ajustarse a él -artículo 15- y en caso de incumplimiento podrá suspenderse el pago de la Cuota Salud, artículos 28, literales C) y E). A la vez, aunque el Sistema Nacional se llama "Integrado", en realidad no solamente no lo es en el sentido de que no integra al universo de los sujetos preexistentes -como acaba de verse-, sino que tampoco lo es desde el punto de vista de una eventual coordinación entre ellos, porque la mecánica o técnica seguida por el proyecto no es la de armonización y complementación de servicios sino la del establecimiento de reglas de carácter imperativo, de modo que solo se integra al Sistema el que se ajusta a él, y quien no se ajusta, aunque tenga la voluntad de incorporarse, queda fuera. Y muchas veces -por lo que ahora vamos a ver- quedar fuera del Sistema puede ser el fin de la institución de que se trate, por cuanto a partir del artículo 21 lo que se contempla es la posibilidad del financiamiento exógeno, es decir, por fuera del Sistema, por parte de aquellos que van a ser sus contribuyentes.

Dice el artículo 21: "Las entidades de atención a la salud privadas que no se incorporen al Sistema Nacional Integrado de Salud podrán seguir prestando servicios a sus usuarios mediante el régimen de libre contratación, siempre que hayan sido habilitadas a tal efecto por el Ministerio de Salud Pública y se sujeten a su control en lo sanitario [...]".

Quiere decir que quien no se incorpore porque no se puede integrar o porque no quiere hacerlo, se va a tener que continuar financiando como hasta ahora por una cuota que pagará el beneficiario, el asociado -para utilizar la expresión propia del mutualismo-, pero siempre que esa institución que no se incorpora al Sistema sea habilitada a tal efecto. Una institución podría no querer incorporarse al Sistema, pero si no se la habilita para estar en el Sistema, no podrá cumplir las tareas propias de su cometido u objeto social, hasta ahora.

El texto es claro y tampoco esta cuestión ha pasado desapercibida en la discusión en la Cámara Alta, porque la Comisión de Salud Pública del Senado excluyó esta expresión a tal efecto y fue restablecida en la Cámara. De manera que fue nítido el sentido en cuanto a que se requiere tanto una habilitación para incorporarse al Sistema -la que deriva de firmar el convenio respectivo- como para permanecer fuera de él.

Si ustedes me permiten, haré aquí un paréntesis porque en todo el contexto de la ley hay una verdadera confusión entre dos cometidos que tiene tradicionalmente el Ministerio de Salud Pública y que la Ley Orgánica de Salud Pública hoy vigente -la Ley Nº 9.202- distingue perfectamente: el cometido de higiene pública y el cometido de asistencia a la salud.

El cometido de asistencia a la salud ha sido siempre un servicio social. En cambio, el cometido de higiene pública, que tiene que ver fundamentalmente con lo preventivo, en materia de salud, ha sido y debe seguir siendo un cometido esencial del Estado. El Estado no puede dejar de velar diariamente por la higiene pública frente a situaciones de emergencia como la que se plantea en el día de hoy con la aparición de rabia en la zona norte del país. Por eso es que el Ministerio de Salud Pública debe habilitar no solo a las instituciones asistenciales sino también a muchas otras vinculadas a la salud, por ejemplo las que tienen que ver con la industria farmacéutica, con los laboratorios, etcétera. Está allí comprendido algo que es de la esencia del Estado. Aun los que promueven las tesis del Estado mínimo reivindican para el Estado ese cometido, porque no puede cumplirlo adecuadamente otro que no sea el Estado. Si el Estado no existe para este tipo de cosas, no tiene sentido que exista.

En este proyecto de ley se confunde en varias disposiciones la higiene pública con la asistencia a la salud. Piensen ustedes, por ejemplo, que una clínica o inclusive una institución mutual ya está habilitada, tanto desde el punto de vista de la higiene como de la prestación de los servicios asistenciales. De manera que no tiene ningún sentido que haya ahora otra habilitación -que podríamos llamar, entre comillas, "política"- a los efectos de integrar o no el Sistema, es decir, a los efectos de poder pervivir, en definitiva, en la República Oriental del Uruguay.

Esta solución no es exclusiva del artículo 21. También en el artículo 22 se reitera para los seguros integrales existentes, que solo "podrán seguir prestando servicios a sus usuarios mediante el régimen de libre contratación, siempre que hayan sido habilitados por el Ministerio de Salud Pública y se sujeten a su control en lo sanitario".

Observen además los señores Diputados que, aunque la ley habla de libre contratación, en realidad la libre contratación en este proyecto de ley es imposible, porque el artículo 1º de esta norma establece que es de orden público y de acuerdo al artículo 11 del Título Preliminar del Código Civil, no pueden derogarse por contratos particulares las leyes en cuya observancia esté interesado el orden público, las buenas costumbres.

Quiere decir que lo propio de una ley de orden público es que no haya espacio para la libre contratación. Las leyes de orden público son aquellas que se dictan fundamentalmente con un fin tuitivo de aquel que se considera una parte débil. Por ejemplo, son de orden público las disposiciones de defensa del consumidor, en el marco de las relaciones de consumo. Pero aquí la declaración de orden público alcanza a toda la ley. Lo dice el artículo 1º con un alcance omnicomprensivo. Sus disposiciones -todas- son de orden público, de manera que no hay espacio para que en el marco de contratos entre particulares puedan celebrarse pactos, y menos que estos sean libres, porque lo propio del orden público justamente es limitar la autonomía de voluntad de las partes.

Finalmente, el tercer aspecto que me parece importante destacar es el estatus de los usuarios hoy y a partir de la vigencia de este Sistema, de entrar en vigencia la ley tal como está proyectada.

En primer lugar, me voy a referir a lo que ya dije: deja de ser el habitante un beneficiario del régimen asistencial de salud -sea público o privado- para pasar a ser un usuario, con lo cual desaparece el principio de libertad, porque lo propio del usuario es que no goza de libertad sino que se incorpora a un estatuto jurídico predeterminado: aquel que establece el Estado o los concesionarios del Estado.

En primer lugar, refiero a lo que ya dije: deja de ser el habitante un beneficiario del régimen asistencial de salud, sea público o privado, para pasar a ser un usuario, con lo cual desaparece el principio de libertad. Lo propio del usuario es que no goza de libertad sino que se incorpora a un estatuto jurídico predeterminado, aquel que establece el Estado, o los concesionarios del Estado. Tampoco este aspecto pasó desapercibido en la Cámara de Senadores. Hubo una iniciativa de la bancada de Senadores del Partido Nacional para incorporar en el artículo 3º, que refiere a los principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud, el principio de libertad, pero esa disposición fue votada negativamente. Solo se hace alusión a la libertad del usuario para elegir entre pluralidad de prestadores, aquel que escoja, cuando esté en la situación de poder elegir, porque hay usuarios o beneficiarios que no tienen la posibilidad de elegir.

Además, también impera respecto al habitante la declaración de orden público del artículo 1º, de manera que por definición hay allí una importante limitación al concepto de libertad. Bernardo Supervielle, destacado civilista, catedrático de la Universidad de la República, escribió hace muchos años que las normas jurídicas que protegen el orden público pueden ser imperativas o prohibitivas, ya sea que impongan al sujeto de derecho una determinada conducta, o sea un deber, o que impidan la realización de determinados actos. Por eso el legislador se preocupa de que la declaración de orden público sea expresa, ya que las consecuencias que derivan de esa declaración son muy importantes en orden a la limitación de la libertad.

Por otra parte, respecto a los usuarios, si bien el artículo 1º dice que la presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país, este concepto de habitante residente en el país no coincide con el concepto de usuario que aporta la ley. Hay muchos habitantes residentes en el país que son usuarios o tienen potencialmente la posibilidad de serlo y hay muchos otros que no, con lo cual, también desde la perspectiva del usuario, el sistema no es omniapartativo porque en algún caso con acotamiento temporal y, en otros casos por no estar contemplados, son muchos los habitantes residentes en el país a los que no se reconoce la calidad de usuarios. Así lo dice expresamente el artículo 65 para el caso de aquellos que siendo habitantes que residen en el país dejen de cumplir los requisitos necesarios para ser usuarios. Establece que quienes dejen de cumplir las condiciones para ampararse en el Seguro Nacional de Salud podrán optar por continuar inscriptos en los padrones de los mismos prestadores pagando directamente por los servicios de atención integral de salud que reciban.

Asimismo, el artículo 72 faculta al Poder Ejecutivo a postergar las fechas de ingreso al sistema de distintas categorías de usuarios, siempre que fuera necesario para asegurar la sostenibilidad de las cuentas públicas. Pero el reconocimiento quizás más claro de la parcialidad del alcance subjetivo de la cobertura proyectada es el artículo 75, conforme al cual los beneficiarios del Sistema Nacional Integrado de Salud no incluidos en el régimen de la presente ley seguirán abonando directamente a sus respectivos prestadores por los servicios de salud que reciban.

Además, hay muchas prestaciones asistenciales que no quedan comprendidas. Son las que, de acuerdo con el artículo 45, no integran los programas integrales de prestaciones, que son las únicas que cubren la cuota salud. Esto está establecido en el artículo 55.

Por lo tanto, el Sistema Nacional Integrado de Salud cubrirá una grilla mínima de servicios y los demás, de acuerdo con el artículo 47, cuando sean ofrecidos a sus usuarios por las instituciones, serán convenidos en sus precios entre prestadores y usuarios en régimen de libre contratación. En realidad, ya vimos que no es tal la libre contratación, y menos lo es en materia de precios porque hay una disposición en la ley que faculta al Poder Ejecutivo a fijar todos los precios vinculados a la labor asistencial.

Quizás una situación particularmente demostrativa de esta cobertura en menos que ofrece la ley respecto a la situación actual -si se me permite el atrevimiento- es la de los funcionarios del Poder Legislativo o, por lo menos, la de los de la Comisión Administrativa y del Senado, ya que no podría afirmar categóricamente que sea idéntica la situación de los funcionarios de la Cámara de Representantes. Como ustedes saben, desde hace

muchas décadas este personal tiene una cobertura muy amplia que no alcanza solamente a los funcionarios sino a sus familiares y que cubre a los jubilados. Pero en función de la disposición incorporada a la ley en la Cámara de Senadores -que no figuraba en el proyecto aprobado por la Comisión sino que fue incorporada posteriormente en la Sala; me refiero al artículo 68-, quedan incorporados al Seguro Nacional de Salud entre otros -y viene una larga lista de funcionarios-, los del Poder Legislativo. De manera que esta es otra demostración palpable que menciono a título de ejemplo porque refiere a quienes trabajan en esta Casa, donde el régimen prestacional derivado del Seguro Nacional de Salud que apareja el Sistema Nacional Integrado de Salud va a ser de menor cantidad de prestaciones o, si se quiere, de menor calidad de prestaciones, de mayor costo, en función de las retribuciones que percibe este personal, y con un alcance subjetivo también menor. Ni qué hablar con aquellos que resultan excluidos -por ejemplo, padres ancianos, etcétera-, los que van a tener que incorporarse al Sistema, a través del sistema de pago de cuota por fuera, dado que probablemente no van a reunir los requisitos para acceder al Sistema Nacional Integrado de Salud.

Por lo tanto, en este proyecto de ley se configura un régimen asistencial en el que la dirección es estatal, la determinación de quién integra o no el sistema como prestador también es estatal -esto ocurre en todos los servicios públicos; solo pueden prestarlo aquellos que son admitidos por el Estado, dejando entonces de ser un derecho preexistente de los particulares el asociarse como hicieron los inmigrantes españoles, italianos, franceses, etcétera-, el financiamiento también pasa a ser integralmente estatal porque proviene de un fondo tributario, dejando de ser contributivo. Ese fondo también es administrado por el Estado, y la prestación será estatal ya que solo podrá ser desarrollada por prestadores privados cuando, reitero, sean habilitados expresamente por el Estado, tanto dentro del sistema como fuera de él, y los usuarios deben incorporarse al régimen predispuesto por el Estado o duplicar sus vías de pago de su cobertura médica.

En síntesis, estos son los tres grandes capítulos en los cuales es posible apreciar de modo más patente las diferencias entre el régimen vigente y el que se introduce por el proyecto de ley a consideración.

SEÑOR ASTI.- Agradecemos la visión que ha dado el doctor Delpiazzo. Obviamente, detrás de este proyecto hay una filosofía que tiene este Gobierno y esta fuerza que representamos frente a diversos aspectos de la calidad de vida de la mayor parte de la gente de este país. Esas diferencias son de base y tocan mucho más que lo jurídico; el planteamiento realizado por el doctor Delpiazzo va mucho más allá de lo jurídico, y como nosotros no somos juristas, no vamos a entrar a detallar las distintas opciones o criterios que se pueden dar desde lo jurídico.

Tampoco vamos a entrar a detallar las distintas concepciones filosóficas que están detrás de los objetivos de este proyecto, así como las que puede tener el doctor Delpiazzo, que fueron claramente manifestadas, mucho más allá de lo jurídico.

Simplemente, para tener un punto de referencia y valorando la exposición del doctor Delpiazzo, quiero decir que él hacía mención al artículo 65 manifestando que demostraba que no todos los habitantes residentes en Uruguay estaban incluidos en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Aquí vale la pena recordar todo lo que hemos estado discutiendo desde que comenzamos a trabajar en el análisis de este proyecto de ley. Me refiero a la diferencia sustancial de conceptos entre el Sistema Nacional Integrado de Salud y el Seguro Nacional de Salud, que establece en el artículo 65 que todas las personas que dejen de cumplir las condiciones para ampararse en el Seguro Nacional de Salud podrán optar por continuar inscriptos en los padrones de los mismos prestadores. No nos equivoquemos; estos son aquellos que están integrados al Seguro Nacional de Salud y no al Sistema Nacional Integrado de Salud, que abarca a todos los residentes en el país.

No pretendo entrar en una polémica porque las concepciones filosóficas y políticas implícitas en la exposición del doctor Delpiazzo van mucho más allá de lo jurídico, a nuestro entender -por supuesto-, porque hay definiciones que cada uno de los Diputados presentes podrá catalogar si están o no dentro de los lineamientos jurídicos, filosóficos o políticos.

SEÑOR POSADA.- Lo que importa, y creo que en ese sentido apuntaba la intervención del doctor Delpiazzo, es analizar esta ley dentro del marco del estado de derecho. Por lo tanto, dentro de ese marco, que fue al que se refirió el doctor Delpiazzo, nos importa realizar algunas consultas a efectos de hacer un mejor planteo en cuanto a las inquietudes que tenemos.

La primera inquietud que tenemos es bien puntual y refiere a la naturaleza jurídica del tributo que se establece en este proyecto de ley. Esa duda nos asalta porque, de acuerdo con lo que se establece en el Código Tributario, la contribución especial -que ha sido lo que en definitiva han señalado las autoridades del Gobierno como la naturaleza jurídica de este tributo, según la definición contenida en el Código Tributario- es el tributo cuyo presupuesto de hecho se caracteriza por un beneficio económico particular proporcionado al contribuyente. A nuestro juicio, acá claramente hay muchos contribuyentes que no van a recibir el beneficio. En consecuencia, el presupuesto que se establece en este tributo no se verifica.

Por otro lado, se hizo mención en su momento a que los aportes a cargo de patrones y trabajadores destinados a organismos estatales de seguridad social, por definición, se consideraban contribuciones especiales. Hago notar, señor Presidente, que esta contribución especial no se verifica para el caso del tributo que tenemos a estudio hoy en este proyecto de ley, por cuanto es percibido por una Junta Nacional de Salud que será la que se encargará de su administración y, notoriamente, esta Junta Nacional de Salud no es un organismo estatal de seguridad social, como sí lo es, indudablemente, el Banco de Previsión Social.

Por lo tanto, la consulta refiere a la naturaleza jurídica del tributo que se establece por este proyecto de ley.

SEÑOR DELPIAZZO.- Confieso que no soy tributarista -eso es notorio- y que no he estudiado puntualmente este tema, pero he escuchado algunas opiniones de la Cátedra de Derecho Financiero de la Facultad de Derecho en el sentido de que estamos frente a un tributo del tipo impuesto y no contribución. Por eso, sin fundarlo, porque -reitero- no lo tengo estudiado con profundidad, al desarrollar mi exposición refería a que este Fondo, que no está en manos de ningún organismo de la seguridad social y que se honra por cada habitante en función de sus ingresos y no de una contrapartida específica, se parece a lo que el Código Tributario define como un impuesto. Pero, reitero, quizá no soy la persona mejor habilitada para responder a esta cuestión, aunque me parece que es un impuesto.

SEÑOR POSADA.- Quiero formular otras dos preguntas que quizá puedan ser englobadas en una forma más general, porque tienen un contenido de carácter general, sobre todo, atendiendo algunas de las manifestaciones y precisiones que ha establecido al doctor Delpiazzo en cuanto a las características de este proyecto de ley, en tanto ley de orden público, y en la medida en que obliga a los ciudadanos, en función de su trabajo, a realizar un aporte que no tiene que ver, en definitiva, con lo que eventualmente después reciben. Apunto a lo siguiente. Hay distintos grados de aportación. Esa carga tributaria diferente no está en consonancia con los beneficios a los cuales se accede. Por lo tanto, la pregunta -que tiene un carácter general- radica en si, en definitiva, en este proyecto de ley no se está violando la igualdad de los ciudadanos ante las cargas tributarias, especialmente, porque uno nota otro tipo de situaciones a las que se hizo referencia; me refiero a las cápitas. Resulta que cuando el Estado contrata con estas instituciones prestadoras de servicio de salud, paga en función de una cápita, pero cuando el ciudadano va a realizar ese mismo contrato, por el mismo servicio -exactamente el mismo-, es diferente. Citando el ejemplo que hemos considerado en la Comisión de un muchacho que cumple los 18 años y queda fuera del Sistema, si él quisiera seguir accediendo a un servicio privado de salud, tendría que pagar directamente una cuota. Entonces, en este esquema, por lo que se señalaba respecto a los distintos niveles de aporte y al distinto tratamiento que se tiene en función de si quien contrata es el Estado o un particular frente a un mismo servicio, quiero saber si no se está haciendo, en un sentido general, un apartamiento de lo establecido en la Constitución de la República.

SEÑOR DELPIAZZO.- Aun a riesgo de que se me pueda cuestionar el hacer valoraciones que, francamente, no están en mi propósito y que si alguien ha entendido que he hecho, me disculpo, porque claramente no he sido invitado a la Comisión para eso sino para opinar en perspectiva jurídica, quiero contestar a esta pregunta diciendo que, de todas formas, para hacerlo hay que ubicarse en parámetros absolutamente distintos a los de la realidad que hoy tenemos en el sistema asistencial nacional y que se vinculan a sus orígenes.

Claramente, en el futuro la cuota salud -de aprobarse este proyecto, como todo indica que va a ocurrir- no se compadece con una contraprestación. Sin embargo, la historia nacional está vinculada al pago de una contraprestación. El segundo inciso del artículo 44 de la Constitución dice: "Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará

gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan solo a los indigentes o carentes de recursos suficientes". Véase que esta norma establece el deber de cuidar la salud. La Constitución no explicita el derecho a la asistencia de la salud, por la elemental razón de que es un derecho inherente a la persona humana y, por lo tanto, contenida en el artículo 72. Esta norma, que viene desde la primera Constitución, obedece a que, en el origen, la salud fue privada y, por lo tanto, el que quería acceder a la prestación del servicio tenía que pagar. Por eso la Constitución establece "[...] el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad". El Estado solo va a atender gratuitamente a aquel carente de recursos. Por lo tanto, el deber de cuidar la salud siempre fue retribuido por aquel que era beneficiario de la asistencia. Por ejemplo, en el acta constitutiva de lo que hoy es la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, se preveía que cada español iba a aportar dos jornales como cuota mensual, uno por sí -es decir, para cubrir su riesgo- y otro para pagar la asistencia del compañero que estuviera enfermo en ese momento. Entonces, esa idea del pago de una contraprestación asociada al servicio estuvo indisolublemente vinculada al origen privado y colectivo de la organización de la salud. Luego, evidentemente, el sistema evolucionó y mutó en muchos aspectos pero se ha mantenido eso de que el afiliado a la institución mutual paga una cuota y, como consecuencia, tiene derecho a percibir determinados servicios asistenciales.

Esa no es la realidad que establece el nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud. Por ello -disculpe, señor Diputado Asti- es que no hago una valoración filosófica, es que los parámetros sobre los que se apoya el sistema son diferentes; si eso es filosófico, entonces, tengo que coincidir con usted.

Porque lo que se llama cuota de salud no es la cuota a la que hemos estado acostumbrados desde 1830 o 1850 -cuando se crean las primeras instituciones mutuales- sino que lo que ahora se llama cuota salud es el aporte que realiza el Estado a un prestador, sea público o privado, para que atienda en su nombre a Fulanito. Y Fulanito no paga esa cuota de salud, Fulanito paga un tributo que se gradúa en función de su capacidad de ingreso y no de la cantidad o calidad de las prestaciones que va a recibir.

Entonces, no podemos mirar al nuevo sistema con los lentes del viejo porque están apoyados en bases diversas y, por lo tanto, no son comparables. Lo que se llama cuota en este proyecto no tiene absolutamente nada que ver con la cuota que paga un beneficiario asociado a una institución de asistencia médica colectiva. El principio de igualdad ya no puede mirarse en relación prestador-prestatario sino que hay que mirarlo en relación incorporados -no incorporados al Sistema Nacional Integrado de Salud, tal como creo entender la mecánica de la nueva ley.

SEÑOR ASTI.- Seguimos con la confusión principal entre el Seguro Nacional de Salud y el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Resulta claro que cambian las bases y ahí está el asunto filosófico, más allá de lo jurídico. Aquí se crea un Seguro Nacional de Salud y quienes estén aportando a él en función de su capacidad contributiva reciben las prestaciones que la ley indica, no solo con un sistema de financiamiento sino también de atención y gestión distintos al actual. Por supuesto, estamos cambiando el sistema actual. No tengo ninguna duda. Esa es la intención. Esta es una reforma de la salud que pretende tener nuevas bases para cambiar.

El hecho de que haya solidaridad en el sistema para aquellos que integran el Seguro debido a su capacidad contributiva o, inclusive, aquellos que no lo integran y mantienen la cuota mutual que también tiene su solidaridad intergeneracional, se complementa por la gradualidad que hoy estuvimos analizando con las autoridades del Ministerio de Economía y Finanzas.

Reiteramos que, de acuerdo con el artículo 13 del Código Tributario, este tributo tiene la característica de una contribución especial y no la del artículo 11, que es el caso de los impuestos en que no hay ninguna actividad estatal que se vincule, se trata solo de la potestad tributaria que impone una contribución sin ninguna contrapartida. En este caso, la contrapartida es integrar la cobertura que da el Seguro Nacional de Salud.

SEÑOR POSADA.- Habíamos hecho la consulta acerca de la constitucionalidad enfocando dos aspectos. Uno es el principio de igualdad ante la carga tributaria -aspecto que a nuestro juicio aparece cuestionado en la medida en que hay distintos niveles de aportación- y otro es la situación de quienes no están en el sistema o perteneciendo a él y dejando de estar en función de cumplir 18 años. Frente a un mismo servicio se va a pagar distinto según quién contrate: el Estado o el particular.

SEÑOR DELPIAZZO.- Ello obedece a que ahora el sistema no se sustenta en el pago de una contraprestación sino en el pago de un tributo que comprende a algunos sí y a otros no. Entonces, cuando no se está en esa situación, hay que pagar del bolsillo, independientemente de que se deba ser contribuyente.

SEÑOR POSADA.- Desde el punto de vista constitucional, ¿es admisible esa diferenciación?

SEÑOR DELPIAZZO.- El criterio de la Suprema Corte de Justicia -que es la única que puede definir con valor y fuerza jurídica el alcance de la inconstitucionalidad- es relativamente amplio para apreciar cuáles son los supuestos legítimos de discriminación. Entonces, en la práctica puede haber y hay discriminaciones que la Corte ha considerado inconstitucionales y hay otras que no considera inconstitucionales.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿Lo que pregunta el señor Diputado Posada no es comparable a la situación de quienes estaban en actividad y por el régimen de DISSE tenían un descuento y luego se jubilaban?

SEÑOR DELPIAZZO.- Al revés; o sea, "in bonum" o en beneficio de. Yo estoy pensando en la norma de este proyecto que va a incorporar a los jubilados y en ese sentido decía que el cambio es para dar cobertura o alcance a quien lo pierde bajo el sistema tradicional. Por eso, decía que ahí tenemos una desigualdad o una diferencia con el régimen actual para bien.

SEÑOR PRESIDENTE.- Por eso, ¿la situación que planteaba el señor Diputado Posada de la persona que cumple 18 años y perdería el derecho no es similar a la del trabajador que se jubilaba y también lo perdía?

SEÑOR DELPIAZZO.- No sé si nos estamos refiriendo al régimen anterior o al actual.

SEÑOR PRESIDENTE.- Al anterior. Me refiero al trabajador que cesaba y dejaba de hacer el aporte.

SEÑOR DELPIAZZO.- Me parece que esa situación es equivalente.

SEÑOR TROBO.- Quiero hacer dos consultas.

¿Qué interpreta que quiere decir que las disposiciones son de orden público y de interés social? ¿Cuál es el alcance de la declaración de orden público y cómo se aplica en el derecho positivo referido al sistema de salud actual, tanto en referencia a los usuarios como a los prestadores?

Por otro lado, nosotros encontramos una cantidad de remisiones en blanco en la ley, tanto sea a la reglamentación o a decisiones y disposiciones de la Junta Nacional de Salud respecto de la participación de los diversos actores en ese ámbito. Francamente, esas remisiones en blanco están condicionando derechos -parcial y en algunos casos totalmente- y principios como el de la libertad en la descripción de los artículos 7º, 10 y 36 de la Constitución, e inclusive el derecho de la propiedad consagrado en los artículos 7º y 32 de la Constitución de la República. Mi pregunta es si esas remisiones en blanco pueden ser consideradas violaciones a la norma constitucional, que garantiza determinados derechos que en este caso estarían conculcados por eventuales decisiones de la Administración, tanto sea por decretos o por resoluciones de la propia Junta, sin una previsión legal establecida y que, inclusive, no se podría sancionar porque iría en contra de la disposición constitucional.

SEÑOR DELPIAZZO.- La referencia al orden público es muy clara porque, como ya señalé, el artículo 11 del Título Preliminar del Código Civil prevé cuál es el alcance de dicha declaración: que no puedan derogarse por acuerdo de partes las reglas que establece la ley. En materia civil, es frecuente, por ejemplo, en sede de contratos en el Código Civil, que si las partes no prevén nada rige la disposición del Código, pero pueden las partes prever algo diferente a lo dispuesto en el Código, precisamente porque el principio que rige en ese caso es el de la autonomía de la voluntad. El orden público impone la regla contraria, es decir, elimina la autonomía de la voluntad y, por lo tanto, no pueden celebrarse contratos o pactos que digan algo diferente a lo que establece el legislador. Por lo

tanto, la consecuencia que lógicamente deriva de esto es que no habrá libre contratación, como se usa la expresión en tres o cuatro disposiciones de la ley, porque es de orden público y, por lo tanto, serán nulos -la consecuencia de violar una norma de orden público es la nulidad- los acuerdos o pactos que sean contrarios a las disposiciones de la ley.

Distinto es el alcance de la expresión "interés social", porque no tiene un correlativo régimen jurídico establecido en ninguna norma del ordenamiento. De manera que la declaración por el legislador de que esta ley es de "interés social" en todo caso podrá servir al intérprete para resolver las cuestiones que puedan plantearse en la aplicación de la ley, a favor de la sociedad o del colectivo, dada esta proclamación. Pero no existe entre nosotros un régimen jurídico propio de lo que se llama "interés social", como tampoco existe un régimen propio del "interés nacional", salvo en materia de inversiones, a pesar de que muchas leyes declaran algo de interés nacional. En realidad, es una pauta que el legislador da al intérprete para que aplique la ley.

La tercera cuestión que plantea el señor Diputado Trobo refiere a las remisiones en blanco. Le confieso que no me queda demasiado claro qué entiende el señor Diputado por remisiones en blanco.

SEÑOR TROBO.- Hay una cantidad de artículos que dicen "Se determinará"; "Se establecerá", "La Junta lo dispondrá". Son obligaciones en el marco de una ley de orden público que remite a decisiones de la Administración una obligación a la que se van a someter los prestadores y los usuarios. Entonces, cuando la Administración tome una decisión será obligatoria aunque no haya estado establecida en la ley. Por consiguiente, las potestades que la Junta Nacional de Salud va a tener sobre todos los aspectos que tienen que ver con la relación entre prestadores y usuarios es de tal dimensión que no deja ningún resquicio para discutirla, para apelar respecto de su aplicación, etcétera. Esa la duda que me surge a partir de la lectura del proyecto.

SEÑOR DELPIAZZO.- Diría que más que remisiones en blanco es la atribución a la Junta Nacional de Salud en particular -y en algún caso al Ministerio de Salud Pública- de amplísimas facultades para la implementación y funcionamiento del nuevo sistema. Salvo algún caso aislado, creo que la Junta Nacional de Salud va a invocar las disposiciones de esta ley, que son atributivas de esa amplitud de competencia. Los actos jurídicos que la Junta dicte en todo caso serán susceptibles de control tanto por el Tribunal de lo Contencioso Administrativo como por el Poder Judicial. De manera que el control existirá.

Coincido con la preocupación ínsita en la pregunta de que a esta Junta, ahora ubicada en el ámbito del Ministerio de Salud Pública -lo cual desde mi punto de vista es positivo que no sea un servicio descentralizado sino centralizado-, se otorgan poderes jurídicos mucho más amplios de los que habitualmente estamos acostumbrados a ver en el campo asistencial, no en el campo de la higiene pública donde los poderes jurídicos del Ministerio son desde siempre muy intensos.

Además, no hay que perder de vista que esa amplitud de competencia atribuida a la Junta Nacional de Salud va a estar acompañada de la disposición de una cantidad muy significativa de recursos, cuales son los provenientes de la cotización al Fondo Nacional de Salud que va a administrar esa comisión correlativamente con el ejercicio de esos poderes y de esa materia competencial tan amplia que tiene. Si la pregunta es acerca de la amplitud de la competencia de este órgano -antes organismo- del Ministerio de Salud Pública que se crea, efectivamente, va a ser sin duda el de más amplio espectro y de mayor poder dentro del ámbito de la Secretaría de Estado.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- ¿Lo que plantea el señor Diputado Trobo no queda salvado con la disposición de competencia que tiene la Junta en materia de reglamentar todo esto? ¿La reglamentación no puede poner en claro todo lo que no dice el proyecto?

SEÑOR TROBO.- Yo había hecho otra pregunta, que refiere a la afectación de derechos consagrados en la Constitución. Me refiero, por ejemplo, al principio de la libertad y el derecho de propiedad. La ley no puede establecer que no hay derecho de propiedad, y en este caso ese derecho está severamente afectado, porque remite a una decisión que tome la Junta Nacional de la Salud sobre si se puede realizar o no una actividad económica determinada. Nuestra preocupación sobre este tema -lástima que no está el señor Diputado Asti- es filosófica porque, a juicio nuestro, la Constitución de la

República no está respetada por la filosofía de este proyecto. Este proyecto puede responder a una filosofía que mañana establezca un totalitarismo, y si hay una mayoría parlamentaria capaz que se vota, pero la Constitución tiene principios que son inalterables. Aun en el caso de que existiera una mayoría de ciudadanos para modificar el artículo 7º de la Carta y restringir los derechos allí establecidos, eso no tendría valor jurídico, porque por una mayoría determinada o por una ley no se puede conculcar un principio constitucional.

Entonces, mi pregunta es en qué medida las remisiones pueden significar afectar un derecho garantizado por la Constitución. No creo que sea posible que ocurra, pero en este proyecto se están afectando algunos principios y algunos derechos que, indudablemente, cuando la Junta reglamente su aplicación, van a ser inaplicables. Esa es una cuestión jurídica muy fina pero profunda que para mí tiene que ver con el concepto que se maneja para la administración de este nuevo Sistema Nacional de Salud. El funcionamiento de todos los actores del sistema va a estar sometido a reglas que no garantizan la libertad y el derecho de propiedad que la Constitución establece. Eso hay que decirlo. Hay que decir: "Nosotros queremos que en el ámbito de la salud en el Uruguay no se puedan ejercer los principios constitucionales". Sé que hay gente que piensa que eso es así: que la libertad de empresa y el derecho de propiedad no deben aplicarse al sistema de la salud. Hay gente que cree que el derecho de propiedad tampoco se puede aplicar a la tenencia de la tierra. Pero hay que decirlo, porque este es el momento de decir a la gente lo que se va a hacer, en lugar de vender este sistema como que va a permitir a cien, doscientas, trescientas o cuatrocientas mil personas ir a las mutualistas a atenderse que, en definitiva, es lo que se termina operando con esta gran transferencia de recursos al sector mutual. Por supuesto, como se le va a dar socios, también se va a constreñir su libertad. De eso no hay ninguna duda. Para mí esta es una cuestión esencial, que es de una definición programática que está claro que la ciudadanía tiene que conocer. Por eso mi pregunta va a los principios constitucionales, a su aplicación y a la forma en que esta ley y las remisiones a la reglamentación, o las aplicaciones a partir de las decisiones de la Junta Nacional de Salud van a afectar estos derechos que para mí son principales.

SEÑOR DELPIAZZO.- Comienzo por la inquietud del señor Diputado Gallo Imperiale. La competencia para reglamentar la ley solamente es del Poder Ejecutivo y no es delegable. De acuerdo con el numeral 4) del artículo 168 de la Constitución, al Poder Ejecutivo compete, entre otros aspectos, hacer ejecutar las leyes expidiendo los reglamentos que sean necesarios para ello. De manera que la Junta Nacional de Salud podrá dictar actos individualizados o de carácter técnico, pero la reglamentación de la ley, en cualquier aspecto, necesariamente deberá provenir del Poder Ejecutivo y estará sometida a las reglas de control de todo acto de ese Poder.

Con respecto a la inquietud que ahora explicita el señor Diputado Trobo, y mirado el tema en perspectiva exclusivamente jurídica y, por lo tanto, mucho más allá de las opiniones que personalmente pueda tener sobre este tema, puede haber decisiones a adoptar por la Administración en cumplimiento de la ley que terminen conculcando derechos constitucionales. Voy a dar un ejemplo burdo para que se vea claramente. Supónganse que el Hospital Británico resuelve no integrar el Sistema Nacional Integrado de Salud y mantener con sus afiliados una relación de esta llamada, entre comillas, "libre contratación". Pues bien, basta que la Junta Nacional de Salud no lo habilite al efecto para que directamente deba cerrar sus puertas, porque no va a estar en el sistema ni va a poder operar por fuera de él.

Quiero ser muy claro en el sentido de que no estoy diciendo ni presumiendo que eso vaya a ocurrir, pero la ley prevé expresamente que puede ocurrir y, además, lo prevé de modo deliberado, porque ya expliqué a los señores Diputados que esta habilitación fue suprimida por la Comisión de Salud Pública del Senado y restablecida en el plenario. De manera que es una decisión adoptada con conciencia y voluntad, y no resultado de una inadvertencia.

Otro aspecto sobre el cual he sido consultado profesionalmente y todavía no he emitido opinión -lo tengo a estudio-, pero que tiene su interés es el siguiente. Dicen aquellas instituciones mutuales, es decir no las mutualistas en general sino las que responden al concepto mutual originario: "Cuando fuimos fundadas nosotros nos constituimos en un colectivo de personas que adquirimos bienes y equipamiento, contratamos personal y tenemos como uno de nuestros activos a nuestros propios afiliados". Desde ese punto de vista es muy claro que con el cambio que opera en el sistema, que puede ser filosófico pero que lo miro solo desde la perspectiva de la norma tal como está proyectada, es obvio que la institución pierde esa masa social. La pregunta es si eso integra el activo de la institución. Si la respuesta fuera afirmativa, es evidente que esta

norma lo quita. ¿Quiénes van a ser los únicos afiliados que va a conservar esa institución mutual? Aquellos que, por no tener la cobertura del seguro, por no estar de acuerdo con él o por lo que fuere, cotizan mensualmente su cuota como hasta el presente. Pero a los demás los pierde esa institución, porque pasan a ser cotizantes del FONASA; no de la Española, del Círculo Católico, del Sanatorio Evangélico o de ASSE sino del FONASA, inscriptos en una lista de ASSE, de la Española, del Círculo Católico o del Sanatorio Evangélico.

Entonces, si la masa social puede considerarse un activo, como es la clientela en materia comercial, y la pregunta está vinculada a esto -como los señores Diputados saben, numéricamente la mayor cantidad de instituciones asistenciales en el país hoy son sociedades comerciales-, por la vía de esta ley habría una "expropiación" -lo pongo entre comillas para relativizar la conclusión que todavía no he terminado de meditar- de la masa de afiliados a la institución.

En lo que refiere al personal, al equipamiento, a los servicios a prestar, este proyecto establece una larga lista de limitaciones, pero no podemos hablar de una conculcación. No se va a poder hacer una inversión sin autorización ni a incorporar un nuevo servicio, pero eso no quiere decir que se elimine la posibilidad de hacerlo.

SEÑOR MASEDA.- Trato de entender lo que usted planteaba sobre la pérdida de vínculo, de relacionamiento comercial asistencial entre el que es abonado directamente porque paga de su bolsillo y el que actualmente es del FONASA. Considero que el mismo fenómeno se daba en el caso de DISSE, con el que convivimos durante muchísimos años; el Estado, a través de la cuota DISSE, tenía la posibilidad de dar a las mutualistas -sin posibilidades de elección entre lo público y lo privado- determinados ingresos que tendrían ese carácter que usted adjudica ahora al FONASA. Es decir que se trata de una experiencia ya vivida.

Creo que los que deberían tomar posición sobre la situación de ese tipo de socios son las propias instituciones. Ya que tienen personería jurídica -todas la tienen-, definición y masa social, son ellas las que legítimamente, haciendo uso de sus propios derechos como instituciones constituidas y con sus propios estatutos, deberían definir en qué carácter de socios están los que hoy son aportantes del FONASA, que ayer lo fueron de DISSE. No podemos pensar que el FONASA le roba o le quita la posibilidad porque, en definitiva, quien va a recibir atención de salud en el sector público o en el privado tendrá el mismo derecho, porque no estamos discriminando. No va a haber gente que forme parte del FONASA o gente que pague la cuota de su bolsillo que tenga atención diferencial. Será la propia institución la que definirá el carácter que dará al socio que recibe del FONASA.

SEÑOR TROBO.- Creo que, indudablemente, el impacto sobre las entidades mutuales desde el punto de vista de los socios va a ser muy importante porque quienes sigan pagando su cuota normalmente serán socios, pero quienes la paguen a través de la cápita no van a ser socios en la misma condición que lo han sido hasta el día de hoy; es decir que no van a votar en las elecciones, etcétera. Si no, habrá que reformar todos los estatutos y, además, obligar a que lo hagan en un sentido determinado; habría que decir: "Usted va a reformar sus estatutos y el socio va a poder pagar la cuota a través del FONASA con una cápita o a través del pago de la cuota mutual en la ventanilla". Porque obviamente, aunque esto abarque a toda la población que paga tributos, habrá gente que seguirá pagando la cuota por su cuenta, por estar en un régimen diferente, etcétera; además, todavía no sabemos cuál va a ser el fin del mismo.

Con respecto al proyecto en sí, quiero solicitar al doctor Delpiazzo una opinión sobre el artículo 42, que fue incluido en la Cámara de Senadores y que establece un régimen especial para una actividad comercial lícita -que de hecho va a generar la exclusión de quienes no quieran someterse a él- en cuanto a la provisión de medicamentos a la población. Esta actividad, que hasta el día de hoy está regulada en ciertos aspectos, quedará sometida a integrar el sistema para poder persistir; si no lo integra, directamente no va a poder realizar esa actividad. De hecho, esto tiene mucho que ver con el efecto de la aplicación de las cápitas en cuanto a que es expropiatoria y, por lo menos, limitante de la libertad comercial establecida en la Constitución.

SEÑOR DELPIAZZO.- Se trata de una iniciativa que, en realidad, se inscribe en las disposiciones contenidas en el Capítulo I, cuando refiere a la política nacional de medicamentos, de inversiones, etcétera.

El señor Diputado Trobo hace referencia a la política comercial de las instituciones. No podrá haber política comercial de las instituciones porque toda inversión o toda actividad -inclusive, en el área asistencial- requerirá de la previa autorización del Ministerio de Salud Pública. En rigor de verdad, debemos decir que parcialmente esto ya es así. Si bien en la década del noventa se desmantelaron algunas de las normas que establecían un mayor grado de intervención estatal en el ámbito privado de las instituciones -fundamentalmente en el rubro de inversiones en equipamiento-, esta normativa existe -lo mismo sucede con los medicamentos- con un grado de intervencionismo relativamente importante, que a partir de estas disposiciones se acentúa en tanto se la enmarca en un conjunto, que es el denominado Sistema Nacional Integrado de Salud.

SEÑOR GANDINI.- Reiteradas veces se ha manifestado en Sala que el proyecto de ley crea un régimen bajo la forma de seguro; más allá de que se llame Seguro Nacional de Salud, se dice que realmente existe un sistema de seguro. Quiero preguntar al doctor Delpiazzo si esto efectivamente es así. El seguro es un contrato regulado, establecido por la propia ley y prevé determinadas condiciones para que sea tal. A veces -ya lo hemos visto en otras leyes que votamos recientemente-, el nombre no hace al fondo. Inclusive, estamos discutiendo si esto es un aporte, una contribución especial o un impuesto.

Entonces, quisiera saber si el Seguro Nacional de Salud que se crea efectivamente es un seguro. Me gustaría conocer la opinión del doctor Delpiazzo al respecto.

SEÑOR DELPIAZZO.- Me parece que no lo es, porque toda la técnica del proyecto -no quiero utilizar la expresión "filosofía del proyecto"- está direccionada a que no exista comercialidad en el Sistema Nacional Integrado de Salud, y el seguro, por definición, es una actividad comercial. Tan comercial es que cuando el artículo 7ª del Código de Comercio define qué son actos comerciales, incluye el seguro. Incluso las mutuas constituidas por profesionales, médicos, taximetristas, etcétera, han tenido problemas prácticos en su vida actual porque, si bien su finalidad no es lucrativa, la definición del Código de Comercio acerca de su comercialidad en todos los casos, no les permite evadir esa norma.

Entonces, tal como está armado este Seguro Nacional de Salud y teniendo en cuenta que la comercialidad es un aspecto que la ley descarta, hay que colegir que la palabra no está utilizada en su sentido estricto. Pero, repito que, en todo caso, esta es una primera opinión, "ad referéndum" de poderla meditar mejor.

SEÑOR TROBO.- Solicito al doctor Delpiazzo, si es posible, una contribución de trabajo, a los efectos de poder consagrar un principio que nos parece alineado con la filosofía que tiene el proyecto respecto a todos los actores del sistema de salud.

Está muy claro que aquí se controla una parte, que es la prestación integral; pero los prestadores integrales contratan con terceros y no pueden ganar, no pueden tener fines de lucro. Creo que sería bueno que el proyecto estableciera que nadie puede tener fines de lucro, ni siquiera los que brindan servicios a los prestadores. Si un prestador contrata a una empresa determinado tipo de servicio para los socios o para los que pagan cápita a través del FONASA, está gravando los servicios de salud con el componente del servicio y, además, con el lucro que tiene. Entonces, me parece que sería interesante establecer una norma de carácter general que disponga que en la producción de servicios que tienen que ver con la prestación de salud no puede haber quien tenga fines de lucro. Deberán ser todas entidades sin fines de lucro; hablo de los laboratorios, de los que prestan servicios a las mutualistas, etcétera. Este es un principio que no compartimos, pero se alinea con el de esta ley. Por tanto, seguramente vamos a proponerlo para que lo acompañen, lo voten y lo incluyan en la ley. Así dejaremos cerradas todas las posibilidades de que alguien gane dinero con los servicios de salud en el nuevo Sistema Nacional de Salud.

Pregunto al doctor Delpiazzo si en unas horas podríamos contar con alguna redacción que establezca una prohibición de carácter general al lucro en las actividades vinculadas a la salud en el Uruguay.

SEÑOR DELPIAZZO.- Adelantaría que el artículo 265 de la Ley de Presupuesto ya prohíbe la actividad de lucro en el área de la salud y como norma transitoria permite la pervivencia de las empresas existentes al momento de dictarse esa norma. O sea que, como solución de principio, en los artículos 265 y 266 de la Ley Nº 17.930 -que fueron las bases del Sistema Nacional Integrado de Salud- eso ya está consagrado.

Me permito agregar que si bien esta ley probablemente es la más importante en orden a la conformación del Sistema Nacional Integrado de Salud, debe tenerse en cuenta que el Sistema como tal ya está semi instalado en el país, particularmente a partir de los dos artículos que establecieron sus bases en la Ley de Presupuestos y de las posteriores aprobaciones de la ley de creación del FONASA y de descentralización de la Administración de los Servicios de Salud del Estado.

SEÑOR TROBO.- Entonces, las empresas con fines de lucro que hoy están prestando servicios a los prestadores integrales a partir de ahora serían monopólicas u oligopólicas. O sea que serían las únicas empresas con fines de lucro que podrían contratar con los prestadores integrales.

SEÑOR DELPIAZZO.- Sí.

SEÑOR TROBO.- Por lo tanto, queda definitivamente consagrado un monopolio u oligopolio para quienes hoy están realizando esa actividad con fines de lucro.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos la presencia del doctor Delpiazzo y quedamos a la espera de lo solicitado por los señores legisladores.

(Se retira de Sala el doctor Delpiazzo)

Pasamos a intermedio hasta la hora 15.

—— Continúa la sesión.

—— La Comisión de Hacienda, integrada con la de Salud Pública y Asistencia social tiene el agrado de recibir a los representantes de la Federación Rural, señor Rodrigo Herrero, Presidente, y contador Julio Arocena y al delegado de la Asociación Rural del Uruguay, señor Daniel Delgado Sicco.

Como es sabido, la Comisión se encuentra analizando el proyecto de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Por ese motivo, recibimos una solicitud de nuestros invitados para concurrir a este ámbito y, como ha sido práctica en el trabajo de la Comisión a lo largo de estos días, hemos resuelto convocarlos a los efectos de conocer vuestra opinión sobre la iniciativa en cuestión.

SEÑOR HERRERO.- Agradecemos a la Comisión por recibirnos en este ámbito y pedimos disculpas por el atraso en nuestra llegada, en la medida en que tuvimos una descoordinación en cuanto a la hora de comienzo de esta sesión, por lo que debimos salir apresuradamente desde San Jacinto. Sabemos que la Comisión está reunida a contrarreloj, porque según se nos ha dicho está con los tiempos acotados, pero de todas maneras queremos dejar la posición de las gremiales rurales. La Federación Rural y la Asociación Rural del Uruguay están por el mismo tema. Personalmente, el viernes pasado me comuniqué con el Presidente de esta Comisión, señor Diputado Brenta. Yo me estaba yendo para el interior; sabía que otra de las gremiales, la Comisión Nacional de Fomento Rural, precisamente hoy estaría realizando su asamblea anual y que, por su parte, la gente de las CAF estaba complicada. Así que la idea es que las dos organizaciones presentes trasmitamos a las gremiales amigas -como la ANPL, las CAF y la Comisión Nacional de Fomento Rural- el resultado de esta reunión.

Este es un tema bastante técnico, al menos para los que no somos muy entendidos en la materia. Por lo tanto, solicitaría que hicieran uso de la palabra el contador Arocena, que es el consejero de la Federación Rural, y el señor Delgado Sicco, quien representa tanto a la ARU como a la Federación en lo que tiene que ver con la seguridad social.

SEÑOR DELGADO SICCO.- Agradecemos la posibilidad de estar presentes en esta instancia. Traemos el saludo de nuestro Presidente de la Asociación Rural del Uruguay, ingeniero Guzmán Telechea. Como se expresó, se nos ha señalado que la Comisión está acotada en su horario de funcionamiento y queremos respetar el tiempo de todos los legisladores.

En esta oportunidad, motiva nuestra presencia en este ámbito el tratamiento que las dos Comisiones que nos convocan están haciendo sobre el Sistema Nacional Integrado de Salud, específicamente en lo que refiere al artículo 61, que tiene que ver con los aportes del Estado y de las empresas privadas.

Cuando se dio la discusión de este artículo en el Senado y previamente, cuando se consideró el anteproyecto, el sector rural siempre interpretó con claridad -y lo sigue haciendo- que de ninguna manera podía absorber una nueva carga de carácter tributario, en este caso, para el sector patronal. En ese sentido, creemos que es oportuno hacer referencia a la inquietud manifestada por distintos señores legisladores en ocasión del tratamiento de este artículo, en presencia de la señora Ministra y de otras autoridades del Ministerio de Salud Pública, cuando entendieron que podía darse una interpretación distinta en cuanto al contenido y al alcance de la norma. Esto preocupa mucho al sector rural, sobre todo a la luz de algunos elementos que hubo que aclarar en instancias del tratamiento de la reforma tributaria, cuando fue necesario hacer interpretaciones en tal sentido. Es imprescindible que los textos tengan claridad; y sabemos que la Comisión se ha preocupado al respecto. Hemos leído la versión taquigráfica en la que figura el planteo de la señora Ministra y del economista Olesker en lo que tiene que ver con la posibilidad y con la apertura del Poder Ejecutivo respecto a la presentación de alguna solución, a través de un artículo aditivo o sustitutivo que permita aclarar este punto.

Quisiera hacer dos consideraciones en momentos en que se está hablando de aportes patronales y de lo que esto podría representar. En el último año, ningún otro sector de la actividad del país ha tenido un aumento tan importante de la carga patronal como el sector rural. Creo que es buena la oportunidad para señalar que si analizamos los últimos doce meses, solamente en lo que tiene referencia con los aportes patronales, el sector rural tuvo un aumento del 93% de carácter general. Adviértase que el sector rural, de acuerdo a sus características, tiene una forma de aporte muy particular. Precisamente, aporta por un régimen que podríamos denominar de carácter mixto. Hay un aporte por los trabajadores en relación a sus salarios, y un aporte patronal vinculado a la superficie de explotación del campo, el que además tiene un mínimo. De acuerdo a la última resolución del Poder Ejecutivo del pasado mes de junio, se establece la referencia de una extensión de unas 330 hectáreas. Dicho de otra manera, el aporte de los productores rurales en todo el país -aporte patronal por hectárea- ha tenido un aumento del orden del 93%. Ahora bien, en el caso de los productores pequeños -por eso señalábamos que hay un aporte mínimo que, según las normas legales, se establece por decreto, y el Poder Ejecutivo lo hizo en junio pasado-, el aumento supera el 93%. Para los productores menores a las 330 hectáreas el aumentó significó un 102% en los últimos doce meses; y si hablamos de los últimos dieciocho meses, el incremento es del 165%.

Entonces, en esta instancia tan importante en que estamos presentes en el ámbito parlamentario, en la Comisión de Hacienda, integrada con la de Salud Pública y Asistencia Social, nos parece relevante señalar el esfuerzo que en este momento se está haciendo a nivel del sector rural en ese sentido.

Tampoco sería mala cosa dejar en conocimiento de los señores legisladores que esto no ha tenido consecuencias favorables a nivel de la mano de obra ocupada. De acuerdo con los registros del Banco de Previsión Social, tomando en cuenta la evolución de estos últimos ocho meses, es decir, desde enero hasta agosto -estos son los últimos datos que tenemos-, y lo que fue el promedio de la mano de obra ocupada en el sector rural en el año 2006, hay 4.300 trabajadores menos en el sector rural. ¿Por qué señalamos todo esto? Por la preocupación que se imaginarán que en su momento se trasladó a todo el sector rural ante la posibilidad de que hubiera un nuevo aporte complementario en ese sentido.

Concluyo señalando que, en cualquier caso, hubiera sido una doble imposición, porque claramente las disposiciones legales en la materia establecen que el aporte patronal, que en este caso se hace por la superficie explotada, incluye especialmente, entre otros componentes, los aportes patronales jubilatorios, los accidentes de trabajo, las enfermedades profesionales, el seguro de enfermedad y el IRP, cuando se aplicaba. Entonces, habría una doble imposición en ese sentido. Por eso, el sector rural se alegra de que haya sido recogida esta inquietud, ya que nos estamos enterando ahora de manera informal de que el Poder Ejecutivo estaría remitiendo al Poder Legislativo algún artículo sustitutivo al respecto. No obstante, quisiéramos

acercar a la Mesa un artículo sustitutivo -dado que habíamos tomado conocimiento de que la iniciativa del Poder Ejecutivo estaría en curso- para que puedan contar con la propuesta en nombre de la Asociación Rural del Uruguay y la Federación Rural del Uruguay.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quiero aclarar que tenemos sesión extraordinaria a la hora 16. Advierto que debemos levantar esta sesión cinco minutos antes de esa hora por una disposición del Reglamento y porque se necesita un número determinado de legisladores para sesionar. Hago esta aclaración para no ser descortés y para que estén en conocimiento de esta situación.

SEÑOR ASTI.- Quiero ratificar que es voluntad de esta bancada del Frente Amplio no innovar con respecto al tema de los aportes rurales a la seguridad social, tal como estaba establecido en la Ley Nº 18.083 relativa a la reforma tributaria. Más allá del mecanismo que se encuentre, dado que puede haber iniciativa privativa del Poder Ejecutivo para modificar aspectos tributarios, como puede ser a través de un Mensaje complementario -no desde el punto de vista técnico, sino un nuevo Mensaje para poder corresponderse con la iniciativa del Poder Ejecutivo en ese sentido-, la idea del Poder Ejecutivo, ya manifestada por la señora Ministra de Salud Pública, es la de no innovar y dejar establecido, como ya estaba anteriormente en la norma, la aportación por hectárea y no por nómina de trabajadores.

Por supuesto que no vamos a entrar a discutir ahora el tema de algunas manifestaciones que se han vertido con respecto al incremento de la presión tributaria en el agro, porque tendríamos que remontarnos a desde cuándo el agro tenía esas exoneraciones, que el nuevo sistema tributario igualó para todas las actividades, ni tampoco respecto al balance entre los aportes realizados por el sector rural y las prestaciones que los trabajadores y empresarios personales del sector rural reciben. No queremos reabrir nuevamente la discusión en ese sentido. Ellos ya pasaron su aviso. Nosotros defendemos lo que ya hemos votado y que hoy es ley con respecto al nuevo sistema tributario, pero en este caso en concreto, en esta nueva oportunidad que tenemos de conversar, queremos darles la tranquilidad -como ya lo hemos expresado- de que se va a mantener sin cambios lo que tiene que ver con la aportación rural que la propia Ley Nº 18.083 estableció que se haría en función de la superficie y que, pese a algunos temores, de igual forma fue determinado en la propia reglamentación.

SEÑOR GANDINI.- Quiero dejar constancia de que sobre este punto que hicimos notar oportunamente a la señora Ministra de Salud Pública, por su intermedio se manifestó la voluntad del Poder Ejecutivo en cuanto a aceptar una modificación de esta naturaleza. Al respecto, hoy, en presencia del propio Presidente, lo hablamos informalmente con el señor Ministro interino Bergara, quien nos confirmó lo que aquí se manifestó en el sentido de que el Poder Ejecutivo remitiría -no de manera formal, porque no habría tiempo para hacerlo- una sugerencia de texto para que fuera considerado por la Comisión. Además, la Mesa tiene un artículo sustitutivo o aditivo presentado por la bancada del Partido Nacional y del Partido Independiente, al que podría sumarse la propuesta que han entregado las delegaciones que nos visitan. Todas deben ser coincidentes en su intención y veremos cuál se adapta mejor a los requerimientos de la técnica legislativa. Sin duda están alineadas las voluntades para que se mantenga el régimen de tributación del sector agropecuario y no se modifique por esta ley.

SEÑOR PRESIDENTE.- Estamos repartiendo el texto que nos acaban de entregar los sectores empresariales. Por tanto, si no hay otras consideraciones...

SEÑOR HERRERO.- Me corresponde agradecerles el tiempo que nos han dispensado, que nos ha permitido marcar la postura de las gremiales frente a este tema.

Si algo ha caracterizado a ustedes en el Gobierno es que todos los días aparece algo nuevo y a veces no podemos abarcar todo, participando o evitando que se concrete. A veces nos enteramos de que se sancionó una ley y la vimos pasar por delante sin haber podido intervenir. En este asunto llegamos medio sobre el final, pero ha quedado la constancia de nuestra preocupación, que también había sido manifestada de parte del Poder Ejecutivo y de la oposición. Tal vez estemos lloviendo sobre mojado, pero era nuestra obligación estar aquí.

SEÑOR PRESIDENTE.- Muchas gracias por su presencia.

Se levanta la reunión.